

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^{me} Dora MANTOUX

Licenciée ès sciences naturelles

Ancienne interne provisoire des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE DU NOURRISSON

Président : M. MARFAN, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1912

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551403_0011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^{me} Dora MANTOUX

Licenciée ès sciences naturelles
Ancienne interne provisoire des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE DU NOURRISSON



Président : M. MARFAN, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

Anatomie.	MM.	NICOLAS
Physiologie.	Ch.	RICHET
Physique médicale.		WEISS
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.	}	WIDAL
		TESSIER
Pathologie chirurgicale.		X.
Anatomie pathologique.		PIERRE MARIE
Histologie.		PRENANT
Opérations et appareils.		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET
Thérapeutique.		MARFAN
Hygiène.		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER
Clinique médicale.	}	DEBOVE
		LANDOUZY
		GILBERT
		CHAUFFARD
Maladies des enfants.		HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		DEJERINE
Clinique chirurgicale.	}	DELBET
		QUENU
		RECLUS
Clinique ophtalmologique.		SEGOND
Clinique des maladies des voies urinaires.		DE LAPERSONNE
Clinique d'accouchements.		N.
Clinique gynécologique.	}	BAR
		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNE
		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVLRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*A ceux qui m'ont fait béné-
ficier de leur savoir, m'ont
stimulée de leur exemple, m'ont
donné l'appui moral de leur
confiance.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

*En témoignage de très pro-
fonde gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

3

Externat

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TUFFIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TROISIER

M. LE PROFESSOR DIEULAFOY (*In memoriam*)

Internat provisoire

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

A MES AUTRES MAÎTRES

MM. LES DOCTEURS BARTH, RÉNON, BAR
LESNÉ, GASNE (*In memoriam*)

ABRÉVIATIONS

C. R. Cuti-Réaction

R. W. Réaction de Wassermann

A. H. Antécédents héréditaires

A. P. Antécédents personnels

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE DU NOURRISSON

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été inspirée par notre maître le professeur Marfan au cours de l'année 1910-1911 où nous avons eu le privilège d'être son élève, étant attachée en qualité d'interne provisoire au service de la Grande Crèche des Enfants-Malades.

Nous avons été guidés par lui dans nos constatations cliniques, souvent complexes, dans l'interprétation des signes observés, et dans leur groupement.

Nous avons eu l'occasion de bien nous rendre compte qu'à côté des toxi-infections digestives, respiratoires, ou cutanées de causes banales, il fallait faire une grande place dans l'étude de la pathologie du nourrisson aux infections spécifiques : hérédo-syphilis et tuberculose, cette dernière pouvant être associée d'ailleurs à la

syphilis d'une part, aux infections banales d'autre part.

Nous nous proposons d'apporter par ce travail une contribution à l'étude de la tuberculose du nourrisson.

Autrefois contestée, sa fréquence a été bien établie, il y a une vingtaine d'années, par les travaux de M. Landouzy, et depuis lors vérifiée par de nombreux auteurs.

Son étude, depuis que les réactions à la tuberculine sont devenues un procédé de diagnostic courant, est entrée dans une ère nouvelle. Jadis, il s'agissait le plus souvent d'un diagnostic rétrospectif fait d'après des constatations nécropsiques. Maintenant, la valeur diagnostique qu'on peut accorder aux réactions à la tuberculine chez le nourrisson étant un fait bien établi par de nombreux travaux, le champ des constatations cliniques a pu s'agrandir à son tour.

C'est ainsi que l'étude de la cuti-réaction à la tuberculine chez tous les enfants âgés de zéro à deux ans, pratiquée systématiquement dans le service de M. le professeur Marfan, nous a permis de confirmer le diagnostic de tuberculose dans les cas où les antécédents du malade et le syndrome morbide qu'il présentait nous en faisait soupçonner l'existence. Mais, d'autre part, la cuti-réaction nous a permis de grouper et d'interpréter un certain nombre de syndromes d'apparence banale : c'est ainsi que la coexistence, maintes fois constatée, d'une réaction positive avec des signes de bronchite ou de dyspepsie légère, de rachitisme plus ou moins marqué nous a permis d'étudier en tant

que tuberculeux un certain nombre d'enfants dont la tuberculose était loin d'être évidente au premier abord.

Parmi ces enfants un certain nombre étaient des tuberculeux à foyer occulte révélé par la cuti-réaction et, en outre, porteurs d'une infection banale des voies digestives ou respiratoires, infection surajoutée dont la fréquence nous a frappés.

D'autres, qui, au moment où nous les avons examinés pour la première fois ne s'écartaient qu'insensiblement de ce premier groupe, sont morts, et les constatations nécropsiques nous ont montré des lésions spécifiques, en général, beaucoup plus étendues que les constatations cliniques ne le faisaient prévoir.

La tendance de la tuberculose du nourrisson à la généralisation a été relevée par tous les auteurs. Nos observations nous ont permis de constater à nouveau ce fait.

Mais, en dépit de cette tendance à la généralisation, il existe des types cliniques suffisamment différenciés. Nous avons cru pouvoir dégager un certain nombre de ces types, justifiés chacun par la prédominance nette d'un symptôme.

D'autre part, nous avons maintenu, dans un groupe déterminé, certaines formes où les localisations étaient multiples.

Enfin, nous n'avons pas exclu de notre cadre les tuberculoses « chirurgicales » parce que nous avons utilisé tous les matériaux que la clinique journalière mettait entre nos mains.

Étant donné que nous étions dans un service de

médecine, nous avons surtout observé des formes *médicales* ; rarement des formes *chirurgicales*.

Il est donc évident qu'on ne peut se faire aucune idée, d'après notre matériel clinique, de la fréquence relative des formes médicales et chirurgicales de la tuberculose du nourrisson.

Notre matériel clinique porte uniquement sur des enfants âgés de zéro à deux ans et comprend :

1° Les cas observés à la crèche des Enfants-Malades de janvier 1910 à juillet 1911 ;

2° Les cas observés à la salle Blache de janvier 1908 à juillet 1912 ;

3° Quelques cas observés à la consultation de nourrisson des Enfants-Malades de janvier 1908 à juillet 1912.

Au total : 166 cas, auquel nous avons ajouté deux observations antérieures à la pratique de la cuti-réaction et que M. Marfan a bien voulu nous communiquer.

Nous avons choisi :

1° Les observations d'enfants ayant présenté une cuti-réaction positive ;

2° Les observations d'enfants porteurs d'une cuti-réaction négative ou douteuse, mais dont la tuberculose a été diagnostiquée cliniquement, et le plus souvent confirmée à l'autopsie ;

3° Quelques observations de tuberculose antérieures à la pratique de la cuti-réaction, ou pour lesquels la cuti-réaction n'a pas été pratiquée.

CHAPITRE II

FORMES CLINIQUES

Nous avons divisé l'étude clinique de la tuberculose des nourrissons en plusieurs groupes, comprenant :

- A. — *Les manifestations respiratoires.*
- B. — *Les manifestations digestives.*
- C. — *Les manifestations dites chirurgicales et externes.*
- D. — *Les manifestations nerveuses.*
- E. — *Les tuberculoses généralisées.*
- F. — Enfin, nous joignons à l'étude de ces diverses manifestations quelques observations de *formes latentes*.

A. — MANIFESTATIONS RESPIRATOIRES

Nous commencerons l'étude des manifestations cliniques de la tuberculose du nourrisson par la description des formes respiratoires. Nous étudierons successivement :

- I. — *L'adénopathie trachéo-bronchique.*

II. — *La bronchite.*

III. — *La broncho-pneumonie.*

IV. — *La tuberculose ulcéreuse du poumon.*

V. — *Les manifestations pleurales.*

Nous ne prétendons pas faire une étude complète de ces formes. Nous avons essayé de dégager les symptômes qui nous ont permis de les caractériser ; et sous le double contrôle de la outi-réaction et de l'examen complet du malade, nous avons tenté d'esquisser les types cliniques les plus communément observés.

I. — ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

L'envahissement par les bacilles de Koch du centre ganglionnaire médiastinal, « véritable cœur lymphatique », est la règle presque absolue chez les enfants tuberculeux.

Nous avons relevé à la suite de nombreux auteurs des cas d'adénopathie latente ; nous avons fréquemment constaté l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique associée, à l'état de symptôme accessoire, à des manifestations plus importantes ; mais nous nous proposons plus spécialement d'isoler, dans ce chapitre, quelques formes d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse du nourrisson. Nous ne prétendons pas faire une étude de l'adénopathie trachéo-bronchique en général, non plus qu'étudier au complet la séméiologie de cette affection chez le nourrisson.

Nous avons eu l'occasion de relever :

De 0 à 6 mois...	11 cas d'adénopathie trachéo-bronchique	
De 6 à 12 mois...	12 cas	—
De 12 à 18 mois...	10 cas	—
De 18 à 24 mois...	11 cas	—
Au total.....	44 cas d'adénopathie trachéo-bronchique	

Ce qui, au cours de la première année, nous donne un pourcentage un peu plus élevé (27 0/0) que pendant la deuxième année (25 0/0).

Nous diviserons l'étude de ces formes en :

1° Formes frustes, comprenant :

a) Forme fébrile ;

b) Forme laryngée ;

c) Forme avec un minimum de signes thoraciques ;

2° Formes à symptomatologie se rapprochant du type classique.

1° Formes frustes

Elles s'observent plus souvent pendant la première année que pendant la deuxième année (obs. XIX. I, XXV, LII, LXVI, LXIX, LXXIX, LXXXV, LXXXIX, XC, XCIX, CV, CXIV, LXXVI, CLV, CLIX, CLXI).

A) FORME FÉBRILE. — Elle s'observe chez des enfants amenés pour un trouble banal : coryza ou troubles dyspeptiques légers, par exemple. Ces troubles s'amendent. Mais, tandis que l'exploration attentive du thorax reste muette, et qu'on ne trouve chez l'enfant aucune raison

expliquant l'hyperthermie (trouble digestif, infection cutanée, etc.), il fait de la *température*. De plus, l'enfant qui a un poids souvent inférieur à la normale, maintient son poids ou maigrit, et présente une cuti-réaction positive.

Divers types thermiques peuvent s'observer ; les plus fréquents sont les suivants :

I. — *Courbe régulière, sub-normale*. — De niveau à peu près uniforme, elle présente des élévations vespérales à 37°2, 37°4, suivies de retour à la normale ; parfois sur cette courbe se greffe une brusque poussée à 38 ou 39 degrés sans aucun autre symptôme.

II. — *Courbe irrégulière*. — Elle évolue soit par élévations et descentes progressives, soit par brusques poussées qui dessinent souvent des clochers.

En résumé, hyperthermie sans autres manifestations cliniques, chez un enfant porteur d'une C. R. +, tels sont les symptômes qui permettront de porter le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, avec d'autant plus de certitude que les antécédents personnels ou héréditaires de l'enfant sont suspects de tuberculose.

B) FORME LARYNGÉE. — TOUX BITONALE. — Les manifestations laryngées, en particulier les modifications de la voix, qui tiennent chez l'adulte une très grande place dans la séméiologie du médiastin, sont beaucoup plus rarement observées chez l'enfant. Il semble toutefois que la symptomatologie, souvent si réduite de l'adéno-

pathie trachéo-bronchique du nourrisson, puisse s'enrichir d'un symptôme nouveau : la *toux bitonale*, sur laquelle M. Marfan a maintes fois attiré notre attention, nous conseillant d'habituer notre oreille à « ce bruit composé de deux sons associés et discordants qui ne s'entend, chez l'enfant du premier âge, que dans l'adénopathie trachéo-bronchique ».

La toux bitonale présente une grande analogie avec « la toux de compression » sur laquelle M. Garel appelait l'attention, en 1902, à la Société médicale des hôpitaux de Lyon. Il est revenu en 1906 sur sa valeur diagnostique dans les tumeurs du médiastin. Symptôme certain d'une compression ou d'une sténose de la trachée et des bronches, elle serait indépendante, pour M. Garel, de la paralysie du récurrent. Sans doute, la pathogénie de la toux bitonale est encore à élucider, mais nous pensons que si, dans certains cas, la compression de l'arbre trachéo-bronchique est seule à incriminer, on peut aussi, dans un certain nombre de faits (par analogie avec ce qui se passe dans le cas de *voix bitonale*), penser à l'intervention d'une lésion récurrentielle. Il s'agirait d'une compression plus ou moins marquée d'un des récurrents, amenant une tension inégale des cordes vocales.

Pour donner une idée de ce qu'est la toux de compression, M. Garel a eu l'ingénieuse idée d'enregistrer au phonographe la toux de quatre malades atteints : de gomme syphilitique de la bifurcation de la trachée, de cancer du corps thyroïde, de goitre plongeant,

d'anévrisme de l'aorte. Il est, certes, extrêmement difficile de donner une description de la toux bitonale, et il faut l'avoir entendue pour la reconnaître. Néanmoins, nous avons essayé d'en analyser les caractères :

1° C'est, en général, une toux non quinteuse (comme la toux coqueluchoïde), elle se compose d'une, deux, trois saccades au plus ;

2° Elle est essentiellement composée de deux tons :

Un premier ton : grave et voilé.

Un second ton : plus haut, chantant, cassé.

Elle s'observe, d'après notre statistique, beaucoup plus souvent au cours de la première que de la deuxième année. Nous avons observé 8 cas au cours de la première année, et 2 cas au-dessus d'un an.

Dans 7 cas sur 10, nous avons pu vérifier à l'autopsie la présence d'une adénopathie trachéo-bronchique. La compression trachéo-bronchique et la névrite récurrentielle n'ont pas été recherchées.

Cliniquement, nos cas de toux bitonale se répartissent en deux groupes :

Premier groupe. — Dans 8 cas, la toux bitonale a été le seul signe d'adénopathie trachéo-bronchique. Nos malades présentaient des tableaux cliniques divers : bronchite, broncho-pneumonie, gastro-entérite, adénite cervicale, syndrome ostéo-lymphatique, phtisie pulmonaire ; chez tous, la C. R. a été positive.

La vérification anatomique a été faite dans 7 cas (obs. I, LXVI, LXIX, LXXIX, XC, CXIV, CLV.)

Dans 1 cas il n'y a pas eu de vérification anatomique (obs. XXXVI).

Deuxième groupe. — Dans 2 cas (obs. CXXVI et L), la toux bitonale s'est trouvée associée à un ou deux des signes classiques d'adénopathie trachéo-bronchique chez des enfants présentant d'ailleurs, avec une cuti réaction positive, d'autres symptômes suspects de tuberculose : mégalosplénie, hépatomégalie, ostéisme sans troubles digestifs, hyperthermie, amaigrissement. Dans l'un de ces 2 cas, il y a eu vérification anatomique (obs. CXXVI).

Enfin, bien que nous n'ayions pas observé d'association de ce genre, la toux bitonale pourrait coexister avec les autres manifestations laryngées de l'adénopathie trachéo-bronchique : accès de spasme glottique, manifestations laryngées simulant le croup : on aurait alors l'expression la plus complète de la forme laryngée de l'adénopathie trachéo-bronchique, que la toux bitonale seule doit suffire à diagnostiquer.

C) FORME AVEC MINIMUM DE SIGNES THORACIQUES. — C'est dans ces formes que l'on observe associés parfois, le plus souvent isolés, les signes fonctionnels suivants : la toux qui, spasmodique ou sans caractère spécial, est inconstante; le cornage qui est expiratoire ou s'entend aux deux temps de la respiration avec prédominance expiratoire. Un léger degré de submatité ou de matité dans l'aire ganglionnaire peut être le seul signe physique, ou être accompagné d'un souffle inter-scapulo-vertébral ou

simplement d'une respiration rude soufflante dans l'aire ganglionnaire, avec retentissement du cri et de la voix.

Souvent on constate, comme unique symptôme, une expiration soit prolongée forte, soit soufflante, ou une respiration bronchique dans l'aire interscapulaire.

Les signes que nous venons de décrire s'associent fréquemment à des signes de bronchite, ou de tuberculose pulmonaire. On assiste souvent à leur régression, et si, dans certains cas, ils s'accompagnent d'amaigrissement et d'état fébrile, dans d'autres cas, l'état général reste bon.

Cette forme s'observe plus souvent au cours de la première année. On la découvre, en général, chez des nourrissons n'ayant pas atteint leur sixième mois et qui, amenés pour des troubles digestifs, respiratoires ou méningés, présentent, avec un poids inférieur à la normale, une cuti-réaction positive.

On la voit, au contraire, moins fréquemment chez l'enfant âgé de plus d'un an. C'est encore l'examen systématique du thorax, parfois provoqué plus particulièrement par l'existence de quelque signe fonctionnel, qui en révélera la présence.

2° Forme à symptomatologie se rapprochant du type classique

Cette forme, qui se voit plus fréquemment pendant la deuxième année, se rapproche des formes observées chez les enfants plus âgés.

Il s'agit souvent d'enfants qui présentent, depuis quelques semaines, une dyspnée continue qui va en s'accroissant, interrompue de paroxysmes. Pendant la crise, la respiration s'accroît, l'enfant se cyanose, il y a du tirage sous-sternal et une respiration complémentaire. Ce tirage à la partie inférieure du plastron sterno-costal est un bon signe d'adénopathie, et M. d'Œlsnitz l'oppose au tirage thymique à prédominance supérieure.

A la dyspnée s'adjoint souvent la toux coqueluchoïde. Pour ce qui est des signes physiques, on constatera le plus fréquemment un des signes suivants : souffle inter-scapulo-vertébral, ou inégalité respiratoire avec rudesse d'un côté, affaiblissement de l'autre. La matité dans l'aire ganglionnaire est très inconstante.

Enfin, on relève souvent, au niveau d'un sommet, une respiration bronchique avec de la submatité, ou une bronchite associée.

Dans cette forme, l'adénopathie trachéo-bronchique est mieux individualisée que dans les formes frustes ; néanmoins, elle peut s'associer aux signes généraux qui, dans ces formes, en masquent souvent l'existence.

Les signes de D'Espine et de Smith sont inconstants ; les signes pseudo-cavitaires peuvent s'observer chez le nourrisson atteint d'adénopathie : nous en avons une fois constaté la présence chez un enfant qui présentait quelques-uns des signes précités et dont l'observation, intéressante à divers points de vue, figurera plus loin.

II. — BRONCHITE

Fréquence. — Nous avons observé cette forme avec une très grande fréquence ; elle semble n'avoir pas suffisamment attiré l'attention des auteurs qui ont étudié les formes respiratoires de la tuberculose du nourrisson. Elle atteint plus souvent le nourrisson pendant la première que pendant la deuxième année.

C'est ainsi que nous avons eu l'occasion d'observer :

De 0 à 6 mois..	41 cas de bronchite	
De 6 à 12 mois..	13 cas	—
De 12 à 18 mois..	5 cas	—
De 18 à 24 mois..	6 cas	—
	35 cas de bronchite	

Ce qui nous donne comme pourcentage :

Pendant la 1 ^{re} année.....	27 0/0
Pendant la 2 ^e année.....	12 0/0

Caractères généraux. — Nous avons souvent noté que l'enfant, quoique jeune, avait déjà été atteint de bronchite, ou avait « toujours toussé depuis sa naissance ». C'est ainsi que même chez le nourrisson, la bronchite prend fréquemment le type de la *bronchite à répétition* (obs. XXII).

Un autre fait nous a frappé, c'est que, au cours de ces états chroniques, il est fréquent de voir survenir des troubles gastro-intestinaux secondaires, une gastro-

entérite aiguë par exemple. Souvent cette gastro-entérite s'accompagne d'une recrudescence des signes de bronchite. Tantôt elle guérit ; tantôt elle entraîne la mort qui survient souvent dans un syndrome cholériforme.

Les symptômes que l'on perçoit sont, le plus souvent, ceux d'une bronchite banale. Ils sont, en général, extrêmement frustes.

Dans certains cas, l'auscultation la plus attentive ne décèle que des râles sibilants (obs. XXXI, XXVII) ou seulement des râles ronflants (obs. I, XXIV, XLI, CXI) ; mais, souvent aussi, râles ronflants et sibilants s'associent (obs. XXVIII, XXXVI, XC, CXIV). Ces signes peuvent s'entendre dans les deux poumons : on est alors en présence d'une bronchite disséminée souvent bénigne malgré la diffusion des signes (obs. XXVI, XXIX, XXX, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXVII, XXXIX, XLII, XLIII, XLIV, IV, III, XLV).

Enfin, ces signes peuvent n'occuper qu'un poumon, ou même se localiser en foyer : ce foyer siège souvent au sommet du poumon.

Les râles sibilants prédominants à l'expiration, ou l'expiration sibilante prolongée associée à de l'oppression, à de la dyspnée nocturne, ou à un sifflement caractéristique, crée un *type asthmatiforme* dont nous avons observé quelques cas (obs. XXV, XXXV).

Le caractère asthmatique de la bronchite a été attribué par MM. Aviragnet et Tixier à l'évolution de l'adénopathie trachéo-bronchique sur un terrain arthritique.

Cette condition étiologique serait peut être responsable de sa rareté dans le milieu hospitalier.

Les signes fonctionnels sont plus ou moins accusés. La toux est le plus constant de ces signes. Tantôt l'enfant tousse par saccades isolées, tantôt il a de véritables quintes qui provoquent parfois le vomissement. La dyspnée est inconstante et d'intensité très variable.

Aspects cliniques particuliers. — Les conditions variées, dans lesquelles la bronchite s'observe, nous ont amené à en distinguer deux formes.

Nous étudierons successivement les formes de bronchite où l'on suspecte d'emblée la tuberculose, puis les formes non suspectes de tuberculose.

1° FORMES SUSPECTES DE TUBERCULOSE. — Nous y considérerons 3 sous-groupes : A) les enfants présentant des signes généraux d'imprégnation tuberculeuse ; B) les atrophiques ; C) les rachitiques.

A. — *Enfants présentant des signes généraux d'imprégnation tuberculeuse.* — Il s'agit d'enfants qui, dans les premiers mois de la vie, sont amenés à l'hôpital pour de la toux, parfois accompagnée d'oppression et presque toujours d'amaigrissement. Le début remonte à huit jours, quinze jours, un mois. Ce sont souvent des enfants nourris au sein, ou correctement au biberon et ne présentant pas de troubles digestifs. A l'examen, on trouve avec de la polyadénie un foyer de tuberculose

tel qu'un spina ventosa par exemple, et des signes de bronchite de moyenne intensité avec une température relativement élevée.

La C. R. nettement positive vient apporter une confirmation de plus en faveur de la tuberculose.

Les signes pulmonaires ne varient pas, mais la température reste élevée, au voisinage de 38 degrés, oscillant entre 38 et 39 degrés atteignant souvent 40 degrés, tandis que l'enfant maigrit notablement, quoique bien alimenté et ne présentant pas de troubles digestifs. L'enfant meurt, on trouve à l'autopsie tantôt de la granulie, tantôt une tuberculose ulcéreuse du poumon en évolution.

Les observations I, XXVIII, XXXI, XL, méritent d'être signalées comme caractéristiques de ce groupe. Nous donnons ici deux de ces observations.

OBSERVATION I .

Bronchite avec adénopathie trachéo-bronchique. — Orchite

André C..., un mois et demi, entré le 6 novembre, mort le 29 décembre 1910.

Père et mère tuberculeux.

Nourri au biberon.

A toujours toussé.

Hydrocèle vaginale avec testicules un peu gros.

Quelques râles ronflants disséminés. Toux légèrement bitonale.

Selles dyspeptiques.

Pendant son séjour à l'hôpital, température constamment

anormale, entre 37 et 38°5, avec une période aux environs de 39 degrés et un abaissement dans les derniers jours. Le poids fléchit de 4 kg. 250 à 3 kg. 450 puis remonte un peu pour retomber plus bas. Selles dyspeptiques et catarrhe intestinal. Pendant les haute températures, état spasmodique.

C. R. +

Autopsie. — Granulie pulmonaire, hépatique et splénique. Un ganglion purulent trachéo-bronchique. Ganglions médiastinaux et mésentériques.

OBSERVATION II

Bronchite. — Dyspepsie gastro-intestinale. — Rachitisme

Marie-Louise D..., trois mois, entrée le 19 avril, morte le 1^{er} mai 1910.

Pas d'antécédents héréditaires. Nourrie au sein un mois puis au biberon.

Maigrît et tousse depuis quinze jours. Pas de troubles dyspeptiques jusqu'à l'entrée.

Cranio-tabes. Râles ronflants et sibilants. amaigrissement continu et progressif. Troubles dyspeptiques peu accentués. Température aux environs de 38 degrés, sauf les derniers jours où elle atteint 40 degrés.

C. R. —

Autopsie. — Congestion diffuse des poumons avec induration légère au sommet.

Adénopathie trachéo-bronchique et mésentérique où l'on trouve des bacilles de Koch.

Tubercules sous-capsulaires hépatiques.

B) *Atrophiques.* — Il s'agit de petits atrophiques nés avec un poids inférieur à la normale qui, ne profitant pas

quoique correctement alimentés, sont amenés « parce qu'ils viennent mal ».

En examinant ces nourrissons trop petits pour leur âge, on est étonné de trouver quelques râles ronflants et sibilants discrets et de constater que la C. R. es positive.

C) *Rachitiques*.— C'est de même en examinant systématiquement des petits rachitiques amenés parce qu'ils ne marchent pas encore au cours de la deuxième année et portent des déformations osseuses classiques, que l'on découvre l'existence de quelques râles ronflants et sibilants.

Dans toutes les observations de ce groupe (obs. XXVII, XXIX, XXXII, XXXVI, XXXIX, XLI) un caractère commun doit être mis en lumière: c'est la coïncidence de ces faits: C. R. +, bronchite en évolution, terrain suspect de tuberculose.

2° FORMES NON SUSPECTES DE TUBERCULOSE. — Elles sont peut-être plus intéressantes encore.

Il s'agit d'enfants qu'on amène pour des troubles dyspeptiques légers, un état sub-fébrile; ou parce qu'ils toussent un peu. Ils ont un bon aspect, un poids suffisant, mais présentent des signes de bronchite, et la constatation d'une C. R. positive est une véritable surprise.

En général, tout s'arrange au bout de quelques jours; les signes de bronchite disparaissent, la température revient à la normale, l'enfant augmente de poids et

sort guéri de sa bronchite. Les observations III et IV sont tout à fait typiques.

OBSERVATION III

Bronchite légère. — Dyspepsie

Suzanne S..., deux mois, entrée le 9 août, sortie le 21 août 1910.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Entre pour diarrhée. Selles dyspeptiques. Présente quelques râles ronflants et sibilants.

Les selles, d'abord abondantes et mélangées, redeviennent normales : la température d'abord presque normale reste quelques jours au voisinage de 38 degrés puis redevient normale, et le poids, qui avait fléchi de 50 grammes en sept jours, remonte, et l'enfant reprend et dépasse légèrement son poids d'entrée.

C. R. +

OBSERVATION IV

Bronchite

Lucienne R..., neuf mois, entrée le 13 décembre, sortie le 19 décembre 1910.

Père tuberculeux probable. Enfant, nourri au sein, amené pour toux et constipation.

14 décembre. — *Examen.* — Râles ronflants et sibilants, disséminés.

Constipation.

Température matinale 39 degrés et vespérale à 37°6.

15 décembre. — Râles disséminés. Sellés glaireuses.

Température matinale 39°4, vespérale 38 degrés.

16 décembre. — Température normale, amaigrissement de 80 grammes depuis l'entrée.

A partir du 16 décembre, la température est normale, l'enfant ne tousse plus et ne présente plus de râles; elle a repris 120 grammes.

C. R. +

Si, dans certains cas, nous avons assisté à la guérison apparente, dans d'autres l'évolution n'est pas aussi favorable. Tantôt l'amaigrissement se prononce, la cachexie s'accuse et la mort survient, tantôt c'est une broncho-pneumonie, une gastro-entérite catarrhale, ou une méningite qui terminent la scène.

Les signes physiques ne peuvent, dans aucune mesure permettre de préjuger de l'étendue et de la gravité du mal, les signes généraux peuvent seuls guider le pronostic.

Pathogénie. — La pathogénie de ces formes bronchitiques est extrêmement obscure. Il nous a semblé qu'à ce point de vue on peut envisager 3 ordres de faits :

1° Il s'agit de tuberculose granulique ou ulcéreuse à forme de bronchite;

2° Il s'agit de bronchite simple chez un tuberculeux, ayant un foyer latent de tuberculose (adénopathie trachéo-bronchique);

3° Pour avancer avec certitude la possibilité d'une bronchite tuberculeuse, il faudrait pousser les investigations plus avant que nous ne l'avons fait.

Quoi qu'il en soit, la fréquence de la bronchite chez nos nourrissons tuberculeux nous paraît un fait indubitable. Et bien, que nous ayons relevé des observations de bronchite dans les derniers travaux relatifs à la tuberculose du nourrisson, nous n'avons jamais rencontré une description d'ensemble de cette forme si intéressante.

III. — BRONCHO-PNEUMONIE

FRÉQUENCE. — Elle s'observe fréquemment. Nous avons eu l'occasion d'observer :

De 0 à 6 mois.....	8 cas
De 6 à 12 mois... ..	13 cas
De 12 à 18 mois.....	18 cas
De 18 à 24 mois.....	13 cas
Total.....	<u>42 cas</u>

Contrairement à la bronchite, la broncho-pneumonie est un peu plus fréquente pendant la deuxième année que pendant la première.

Nous l'avons observée chez 21 0/0 des nourrissons de moins d'un an et chez 26 0/0 pendant la deuxième année.

CIRCONSTANCES DANS LESQUELLES ON AMÈNE L'ENFANT. —

1^o Exceptionnellement, on amène l'enfant pour des symptômes autres que des signes respiratoires, tels que diarrhée, agitation, ou parce qu'il refuse le sein ;

2^o Ordinairement, on le conduit à l'hôpital parce qu'il présente de la toux associée aux symptômes suivants :

oppression, fièvre, amaigrissement, diarrhée, ou constipation, vomissement, convulsions.

SIGNES PHYSIQUES. — Plus le nourrisson est jeune, plus les signes de percussion sont infidèles. C'est l'auscultation qui fixe le diagnostic. Les signes les plus constants sont : le souffle ; les râles crépitants ; les râles muqueux gros, moyens ou petits à bulles fines, souvent discrets. Ils peuvent se grouper en foyers circonscrits, ou se disséminer au contraire en différents points des poumons.

1^o *Forme à foyers circonscrits.* — Tantôt il y a un foyer unique qui siège fréquemment à la base, mais dont la localisation au sommet est plus caractéristique. On observe parfois une localisation axillaire (obs. XLVI).

Tantôt il y a deux foyers de broncho-pneumonie. Ce sont assez fréquemment les deux bases.

Cette localisation en un ou deux foyers nous semble caractéristique : nous l'avons relevée fréquemment (obs. XXXV, XLIX, L, LI, LII, LVII, LVIII, LXIV, LXXIV, LXXVII, CLIX). Les foyers multiples sont plus rares (obs. LI, LIII, LXVI, LXIX).

En général, il s'agit d'un foyer peu considérable. Mais lorsque ce foyer s'étend, la broncho-pneumonie réalise le type pseudo-lobaire (obs. X, XLVI, LXII, LXXVI). Ces formes pseudo-pneumoniques sont peut-être à rapprocher des formes pneumoniques citées par M^{lle} Margoulis dans sa thèse.

Quoi qu'il en soit, ce qui frappe, c'est à la fois la fixité du siège et l'invariabilité dans l'intensité des symptômes. Dans l'observation XLIX, par exemple, nous retrouvons constamment des signes physiques identiques, même au cours d'une évolution prolongée, et alors que les symptômes généraux s'étaient beaucoup aggravés.

2° *Forme à localisation diffuse.* — On trouve de petits râles discrets, épars au niveau d'un ou des deux poumons, et ce qui frappe encore ici, c'est comme précédemment la remarquable fixité des signes.

Signes fonctionnels. — La toux est fréquente, souvent grasse. Il y a de l'oppression simple, ou de la polypnée avec tirage, respiration complémentaire et cyanose.

Enfin, dans certains cas, des troubles digestifs secondaires apparaissent, pouvant entraîner une cachexie terminale, alors que la broncho-pneumonie elle-même est guérie (obs. LVIII).

Signes généraux. — Les plus constants et les plus caractéristiques sont l'amaigrissement, l'hyperthermie. L'amaigrissement est progressif; il ne s'explique pas par des troubles digestifs. La température présente des types spéciaux.

Dans quelques cas, elle peut être normale pendant quelques jours, puis présente une brusque élévation en clocher.

En général, l'hyperthermie est continue, irrégulière, plus ou moins élevée, avec de faibles rémissions, ou au

contraire avec des rémissions marquées de un ou deux degrés et plus : la courbe présente de grandes oscillations quotidiennes.

On peut observer, enfin, des signes moins caractéristiques : abattement, dépression ou phénomènes convulsifs, pâleur ; de la cyanose, du battement des ailes du nez, de l'œdème des extrémités, qui sont des symptômes précurseurs de la mort.

Évolution. — Il existe des formes prolongées, évoluant par rechutes successives ou prenant une allure chronique ; c'est dans ces formes que l'on voit apparaître des abcès, des adénopathies. L'anémie est marquée. La mort survient dans un état de cachexie accusée.

Bien que la guérison puisse s'observer dans les formes aiguës, la mort termine presque toujours leur évolution. Elle est précédée soit par une élévation thermique insolite, soit par des troubles digestifs, soit par une méningite, mais il n'y a pas aggravation des symptômes pulmonaires.

Diagnostic pathogénique. — Le tableau que nous venons de tracer montre qu'il est aisé de reconnaître l'existence d'une broncho-pneumonie chez un enfant tuberculeux, et de caractériser son allure. Il en est ainsi, tout au moins, dans les cas typiques.

Lorsqu'on observe, avec une cuti-réaction positive cette grande fixité des signes sur laquelle nous avons

insisté, cette atteinte profonde de l'état général, cette allure traînante et peu franche de la courbe thermique l'existence d'un processus tuberculeux pulmonaire s'impose à l'esprit et il est presque toujours vérifié à l'autopsie. Celle-ci montre tantôt un processus broncho-pneumonique véritable, tantôt des lésions de granulie, tantôt une infiltration localisée avec ramollissement et parfois caverne : à l'expression clinique broncho-pneumonie tuberculeuse, comme à l'expression bronchite, répondent des modalités anatomiques très différentes.

A ces cas où le processus tuberculeux est en jeu au niveau du poumon même, s'opposent les broncho-pneumonies banales qu'on observe fréquemment chez les nourrissons porteurs d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse : chez ces enfants, l'allure de la maladie se rapproche de la broncho-pneumonie classique, et l'on trouve souvent à l'autopsie des lésions non tuberculeuses. Mais l'association des deux processus n'est pas rare et la broncho-pneumonie, constatée chez un enfant porteur d'une cuti-réaction positive, doit toujours inspirer les plus expresses réserves.

IV. — TUBERCULOSE ULCÉREUSE DU POUMON.

Fréquence. — A) Nous envisagerons d'abord les cas bien rares, où le *diagnostic clinique* a pu être fait. Dans ces conditions nous avons observé pendant :

Les 6 premiers mois.....	4 cas
De 6 à 12 mois.....	5 cas
De 12 à 18 mois.....	0 cas
De 18 à 24 mois.....	9 cas
Au total.....	<u>18 cas</u>

Ce qui donne pendant la première année 10 0/0 des cas, et 11 0/0 pendant la deuxième.

Parmi les sept enfants qui sont morts, tous ont été autopsiés, et six fois la tuberculose pulmonaire a pu être vérifiée (obs. LXIII, XCII, XL, XC, XCIII, LXXXVI). La présence de caverne a été relevée trois fois.

B) Enfin, sans revenir sur ce que nous avons dit dans les chapitres précédents, nous précisons ici, que nous avons pu noter 16 cas de tuberculose pulmonaire qui fut seulement révélée par *l'autopsie* chez des enfants morts en ayant seulement présenté des signes de bronchite, broncho-pneumonie, adénopathie trachéo-bronchique. Il s'agissait dans 8 cas de cavernes pulmonaires; dans 8 cas de granulie seule ou associée à des tubercules. Dans certains cas, il n'y avait que des tubercules caséifiés.

Nous ne décrivons ici que la phtisie ulcéreuse chronique, la phtisie ulcéreuse aiguë se confondant avec les broncho-pneumonies tuberculeuses.

Tuberculose ulcéreuse chronique.

On peut par une lointaine analogie, étudier les signes des trois périodes classiques, que l'on observe isolés ou associés chez le nourrisson.

PÉRIODE DE DÉBUT. — Nous en avons observé les signes dans 8 cas (obs. XXIX, XCIV, LXXXVIII, XXXVI, LXXXII, LXXXV, XL, XC). Il s'agissait d'enfants porteurs d'une C.R. + qui présentaient soit un sommet submat ou mat, symptôme unique ou associé à la diminution de la respiration au même niveau accompagnée de râles secs (crépitants ou craquements fins); soit deux sommets indurés, ou un sommet induré et l'autre ramolli.

Ou encore nous avons pu observer un enfant ayant un sommet et une base indurés et qui depuis une broncho-pneumonie présentait de l'anorexie, de la toux, des sueurs abondantes.

Enfin, comme on peut le voir dans l'observation XC, on observe souvent l'atteinte d'un sommet et des ganglions trachéo-bronchiques. Rarement, l'infiltration ganglio-pulmonaire est plus étendue : dans l'observation LXXXIII néanmoins, elle s'étend au deux tiers supérieurs du poumon droit. Cette observation est particulièrement intéressante à un autre point de vue : il s'agit d'un enfant de deux ans ayant eu des hémoptysies répétées : nous la donnerons plus loin à ce double titre.

PÉRIODE DE RAMOLLISSEMENT. — Ce n'est que dans des cas très rares qu'on peut en affirmer l'existence. Tel était pourtant le cas d'un nourrisson que nous avons vu à l'âge de trois mois présenter une C. R. + avec coryza et toux, et qui revint trois mois plus tard à l'hôpital avec des signes dûment caractérisés au niveau d'un sommet.

Des râles muqueux succèdent à la matité et au souffle, tandis que la température oscillait irrégulièrement entre 38 et 39 degrés, présentant de temps à autre de grandes poussées en clocher.

PÉRIODE DES CAVERNES. — FRÉQUENCE. — La constatation des signes cavitaires est rarement faite au lit du malade. La présence de caverne est cependant loin d'être exceptionnelle comme en témoignent les observations de nombreux auteurs :

C'est ainsi que Leroux relève 75 cavernes sur 217 autopsies de zéro à deux ans, et Stirminann : 41 sur 41.

Age. — D'après Mairesse, les cavernes ne s'observent pas avant trois mois : elles seraient même exceptionnelles avant un an.

Pourtant Richardière et Kaufmann ont vu une caverne chez un enfant de trois mois ; Lortat-Jacob et Vitry, chez un enfant de deux mois, et Demme (cité par d'Espine et Picot) chez un enfant de douze jours.

Nos cas se répartissent de la façon suivante :

De 0 à 6 mois.....	3 cas
De 6 à 12 mois.....	6 cas
De 12 à 18 mois.....	4 cas
De 18 à 24 mois.....	4 cas

Signes physiques. — Les signes physiques des cavernes : matité, bruit de pot fêlé, souffle cavitaire, râle muqueux à timbre caverneux sont des plus inconstants.

Par contre, l'existence de signes pseudo-cavitaires s'observe chez le nourrisson comme chez l'enfant plus âgé. Kornel et Preisich ont relevé fréquemment ces signes chez les nourrissons de moins de trois mois. Nous les avons observés avec une grande netteté dans un cas de pleurésie interlobaire (obs. XCI) où l'autopsie a montré l'absence de caverne ; et dans un cas d'adénopathie trachéo-bronchique (obs. V), l'évolution clinique, a permis, après un certain temps en dépit de la persistance des signes, de conclure à l'existence de signes pseudo-cavitaires, à cause de l'excellence de l'état général.

OBSERVATION V

Signes pseudo-cavitaires au sommet droit dus à l'existence d'une adénopathie trachéo-bronchique. — Ostéo-périostite des métacarpiens — C. R. +.

Yves L..., deux ans, 6 kg. 900, entré le 18 avril 1912, salle Blaché.

A. H. — Parents bien portants.

A. P. — Né à terme, nourri au sein maternel jusqu'à onze mois. Pas de troubles dyspeptiques pendant l'allaitement. Première dent à cinq mois, a marché à treize mois, a parlé à dix-huit mois. Aucune maladie de l'enfance.

Début de la maladie il y a sept mois par amaigrissement, perte de l'appétit ; parfois vomissements, diarrhée. Depuis trois mois tousses. Depuis deux mois tuméfaction des mains.

Actuellement (19 avril 1912), enfant très amaigri, gros ventre flasque, ballonné, hernie ombilicale. Déformation thoracique en ceinture sous-mammaire ; pas de chapelet. Racine du nez écrasée. Foie et rate non perceptibles. Cœur normal.

Poumons, rien de très net. Expiration un peu soufflante aux deux bases avec quelques râles de bronchite.

Au niveau du deuxième métacarpien de la main droite, et des deuxième, troisième et quatrième métacarpiens de la main gauche, sur la face dorsale, on constate l'existence de petites masses de consistance lipomateuse, paraissant douloureuse au palper, et provenant vraisemblablement d'un des os sous-jacents. La ponction de ces masses a donné issue à un pus tuberculeux typique contenant des lymphocytes. Selles normales, tendance au catarrhe intestinal. Température se maintenant au voisinage de 37 degrés. L'enfant augmente de 500 grammes pendant les sept jours qui suivent son entrée.

27 et 28 avril. — Poussées fébriles à 38°4 et 38°6.

29 avril. — Râles sibilants, ronflants et muqueux, à bulles fines, disséminés dans les deux poumons. Température 37°6.

2 mai. — Température 37 degrés. Matité au sommet droit et dans l'espace interscapulaire. Râles muqueux très nombreux, moyens et petits. A gauche râles ronflants sibilants, muqueux. Au sommet droit : probablement caverne ; souffle cavitaire, râles muqueux à bulles moyennes et fines, certains ayant le timbre caverneux. Température 36°8. Aucun trouble digestif.

4 mai. — L'enfant a maigri de 700 grammes en dix jours, il s'alimente bien.

6 mai. — Température 38°2. Râles ronflants sibilants muqueux ; on sent un ganglion sus-épitrochléen à droite. Matité sous la clavicule droite avec quelques râles muqueux et un souffle probablement cavitaire.

Les jours suivants la température revient au voisinage de 37 degrés, avec élévation vespérale à 37°2.

10 mai. — Brusque poussée à 39 degrés, puis la température oscille au voisinage de 38 degrés quelques jours.

13 mai. — Matité au sommet droit, presque bruit du pot fêlé. La température revient à la normale, s'y maintient quelques jours.

Du 22 au 29 mai oscillations entre 37 et 38 degrés avec catarrhe intestinal léger.

3 juin. — Température normale. L'enfant a régulièrement

augmenté de poids: il a repris 1 kilo en un mois. Il pèse 7 kgr. 700.

Matité et souffle tubaire sous la clavicule droite.

8 juin. — Température normale. Selles normales. L'enfant a encore augmenté de 150 grammes.

15 juin. — Température normale. L'enfant pèse 8 kilos.

17 juin. — Souffle bronchique sous la clavicule droite. Ventre tympanique avec circulation collatérale; ni diarrhée, ni constipation. Hernie ombilicale marquée. L'enfant a un appétit considérable, il augmente de poids.

20 juin. — Température normale. Poids 8 kgr. 100.

30 juin. — Oscillations entre 37 et 38 degrés déjà depuis quelques jours. Poids 8 kg. 500.

8 juillet. — Poids 8 kg. 750.

L'appétit est toujours très marqué. Les signes cavitaires du sommet droit ont disparu. Il ne subsiste plus que de la submatité sans râles.

Du 18 au 22 juillet rougeole. Bronchite, puis quelques jours d'apyrexie.

23 juillet. — Température 38°9. La submatité et le souffle au sommet droit persistent. Amaigrissement de 650 grammes en quinze jours.

27 juillet. — Température 39 degrés. Signes pseudo-cavitaires sous la clavicule droite. Bronchite légère. Signe de Smith. Poussée d'adénopathie trachéo-bronchique du côté droit, suite de rougeole. La radiographie a montré une adénopathie du médiastin volumineuse.

Pendant le mois d'août poids stationnaire. Température oscillant au voisinage de 38 degrés.

2 septembre. — Température 37°2. Ventre toujours tympanique, s'alimente mieux. Amaigrissement. L'enfant est encore à l'hôpital.

Signes généraux. — L'atteinte de l'état général est fort variable. Elle est souvent très accentuée et les

malades peuvent arriver à un état de cachexie profonde ; parfois, au contraire, l'état général reste bon pendant un certain temps, malgré l'existence de lésions considérables.

Signes fonctionnels. — Accidents hémoptoïques. — La toux, la dyspnée sont des signes fonctionnels à la fois banaux et inconstants, sur lesquels nous n'avons pas à insister. Plus intéressant est un accident, l'hémoptysie, dont nous avons observé un cas.

OBSERVATION VI

Infiltration ganglio-pulmonaire des deux tiers supérieurs du poumon droit. — Rachitisme léger. — Hémoptysie.

Camille C..., deux ans.

Entrée à Blache le 9 décembre, sortie le 18 février 1910.

C. R. +

Mère peut-être tuberculeuse.

Élevée au sein.

Depuis six mois bronchite persistante.

La veille de son entrée l'enfant crache un peu de sang rouge.

Actuellement, matité sur presque toute la hauteur du poumon droit, avec souffle tubaire.

La ponction ne ramène pas de liquide.

Pendant le séjour de la malade les signes deviennent cavitaires.

La malade présente des accès fébriles pendant une huitaine de jours, accès suivis d'hémoptysie.

Les hémoptysies sont rares chez le nourrisson.

Karten en a vu 5 cas ; le plus jeune enfant était âgé de trois mois. Elle est toujours symptomatique de

l'existence d'une caverne : c'en est le seul signe fonctionnel certain, d'après Lhomme. L'hémoptysie est causée par la présence d'une anévrisme de Rasmussen dans la paroi de la caverne (Varay) ou par une simple perte de substance de la paroi d'une branche de l'artère pulmonaire (Cadet de Gassicourt).

L'hémoptysie n'est pas toujours évidente.

Elle prend souvent la forme d'une hématomèse. Mantel préconise la recherche du sang dans les selles pour déceler des hémoptysies occultes.

La mort survient en général rapidement après l'hémoptysie : pourtant Karten a pu observer une fois une survie de quarante-cinq jours.

V. — MANIFESTATIONS PLEURALES

Cliniquement nous avons relevé 6 cas de pleurésie avec épanchement chez des enfants présentant une C. R. +.

De 6 à 12 mois.....	2 cas (obs. LXXXII, LXXXIV)
De 12 à 18 mois.....	1 cas (obs. LXXXIII)
De 18 à 24 mois.....	3 cas (obs. LXVIII, LXXX)

Ce qui donne comme pourcentage pendant la première année 2 0/0, la deuxième année 5 0/0.

Il s'agissait cinq fois de pleurésie purulente, une fois de pleurésie séro-purulente. Les microbes rencontrés

ont été, dans les 2 cas où les examens bactériologiques ont été faits : une fois le pneumocoque, une fois le tétragène.

Dans 2 cas la pleurésie était associée à une broncho-pneumonie prolongée ou à rechute ; dans un cas à une induration ganglio-pulmonaire du sommet.

Les accidents pleuraux jouent donc un rôle peu important chez les nourrissons tuberculeux ; ils sont surtout en rapport avec des infections secondaires.

Pour Netter la tuberculose ne serait en jeu qu'une fois sur cinq.

Bien souvent les réactions pleurales n'ont pas d'histoire et ne sont, ainsi que nous le verrons, que des trouvailles d'autopsie.

B. — MANIFESTATIONS DIGESTIVES

Nous étudierons dans ce chapitre les cas où les manifestations digestives associées à une C. R. +, constituent le fond du tableau clinique.

Ces cas sont assez fréquents pour mériter d'attirer l'attention. Nous avons observé :

De 0 à 6 mois.....	14 cas
De 6 à 12 mois.....	10 cas
De 12 à 18 mois.....	5 cas
De 18 à 24 mois.....	6 cas
Au total.....	<u>35 cas</u>

Et bien que dans certains cas on pense qu'il s'agisse simplement de troubles digestifs d'ordre banal chez un

tuberculeux, dans d'autres, surtout si l'enfant est correctement nourri, on peut, grâce à la C. R. +, affirmer que la tuberculose est en jeu.

Nous étudierons successivement :

1° La dyspepsie simple ;

2° La gastro-entérite.

I. — *Dyspepsie simple*

Nous en avons relevé de :

De 0 à 6 mois.....	9 cas
De 6 à 12 mois.....	6 cas
De 12 à 18 mois.....	2 cas
De 18 à 24 mois.....	3 cas
Au total.....	<u>20 cas</u>

Ce qui donne comme pourcentage pendant la première année 17 0/0 ; et pendant la deuxième année 6 0/0 seulement. C'est le trouble digestif le plus fréquemment observé, et ceci surtout pendant les six premiers mois.

L'enfant, amené pour de la diarrhée ou pour de l'amaigrissement, présente, avec une C. R. + et un poids inférieur à la normale, les signes suivants :

A) *Troubles digestifs minimes*. — Les selles peu abondantes sont mélangées, grumeleuses, parfois foncées, rarement liquides.

Ces troubles s'installent et persistent : nous avons ainsi suivis pendant un, deux ou trois mois des enfants présentant des troubles digestifs peu intenses,

mais impossibles à enrayer en dépit de régimes appropriés. Il existe des rémissions momentanées, ou, au contraire, l'état s'aggrave : les selles deviennent plus abondantes avec tendance au catarrhe.

En dépit de la bénignité de ces troubles et de l'alimentation convenable, on observe infailliblement l'amaigrissement.

B) *Amaigrissement*. — Ce symptôme constant est disproportionné avec le peu d'intensité des troubles digestifs. Il peut être extrêmement accusé, et c'est ainsi que nous avons pu voir le poids d'un enfant de quatre mois et demi se réduire à 2 k. 970.

L'amaigrissement est continu ou discontinu : l'enfant reprend du poids pendant quelques jours, pour reperdre ensuite rapidement le peu qu'il avait gagné.

C) Enfin, on note une *hyperthermie* inexplicable par des manifestations digestives bénignes, ne s'accompagnant elle-même d'aucun autre symptôme.

Il y a parfois coïncidence des troubles digestifs et de l'hyperthermie ; ce dernier symptôme étant toujours plus accentué que ne le comporte la gravité des signes digestifs. Il y a souvent alternance, l'hyperthermie persistant seule, alors que les selles sont absolument normales.

La courbe thermique a des aspects variables :

Tantôt l'enfant est apyrétique ou sub-fébrile avec des poussées thermiques de quelques dixièmes de degré ;

tantôt il fait une fièvre intermittente quotidienne à grandes oscillations; tantôt enfin sa courbe a une allure tout à fait irrégulière.

Avec ces signes, on note parfois de l'abattement, de la petitesse du pouls; dans certains cas, on a sous les yeux le tableau classique de l'athrepsie.

Ce qui est particulier dans l'évolution de ces troubles, c'est, d'une part, leur lenteur: ils durent un, deux ou trois mois avec des rémissions et des reprises; d'autre part, la gravité de leur pronostic.

Nous avons observé seulement trois enfants qui sont sortis guéris de l'hôpital (obs. XCVI, CI, CII). Tous trois étaient âgés de deux ans. Par contre, sept enfants sont morts, tous dans le courant de leur première année (obs. XCV, CIV, XCVIII, CIII, VII, XCVII, C).

On peut rapprocher de la forme dyspeptique, dont nous venons de donner une description d'ensemble, la « dyspepsie chronique » décrite par M. Barbier.

Cet auteur individualise sous le nom de « forme pseudo-leucémique » les cas de dyspepsie avec hypertrophie du foie et de la rate, phénomène que nous avons pu noter nous-même (obs. CXXIII).

Le jeune âge du sujet est donc un facteur de très grande gravité.

A l'appui de notre description, nous donnons ici l'observation suivante :

OBSERVATION VII

Dyspepsie gastro-intestinales. — Pyodermites multiples

Rachitisme

Carmen L..., sept mois, poids 4 kgr. 990. Entrée le 7 mai, morte le 5 juillet 1910.

C. R. +.

A. H. — Père bien portant.

A. P. — Née à terme (après grossesse et accouchement normaux), pesant 2 kg. 500 à la naissance. Nourrie au biberon.

Depuis huit jours, abcès sous-cutanés multiples et écoulement de l'oreille droite. Ni diarrhée ni vomissements.

8 mai. — Température 37°4. Selles normales. Cranio-Tabes.

Pendant les dix-huit jours qui suivent, l'enfant maigrit régulièrement et perd 640 grammes.

Dyspepsie gastro-intestinale, avec selles abondantes, mélangées ou foncées, parfois liquides. Pas de vomissements.

La température s'élève progressivement avec rémissions de quelques dixièmes de degré ou sans rémission, vers 41 degrés, puis descend progressivement à 37°6; pour se maintenir quelques jours aux environs de 38 degrés, osciller entre 37 et 38 degrés, enfin se maintenir quelques jours à 37 degrés.

Cette chute thermique est accompagnée de la disparition des troubles digestifs, et d'une reprise de 70 grammes en deux jours. Mais cette rémission est de faible durée. Deux symptômes vont persister pendant un mois jusqu'à la mort : la température qui constamment au-dessus de la normale oscille d'abord autour de 38 degrés, puis entre 39 et 40 degrés avec de rares rémissions au voisinage de 37 degrés si ce n'est pendant les jours qui précèdent la mort ; l'amaigrissement : la perte de poids atteint 1 kg. 020.

Quant aux troubles digestifs ils sont intermittents (poussées de catarrhe intestinal ou selles abondantes et mélangées) insuffisants à expliquer l'hyperthermie. Pas de signes pulmonaires.

Pathogénie. — La pathogénie de ces troubles dyspeptiques est complètement à élucider. Les autopsies ne nous ont permis de constater aucune lésion spécifique ni au niveau de l'estomac, ni au niveau de l'intestin. L'absence de toute lésion, et en particulier de lésions ulcéreuses, laisse à penser que la recherche du bacille de Koch dans les selles eût été suivie d'un résultat négatif. Est-ce à dire que la tuberculose ne joue aucun rôle dans la genèse de ces troubles ? Nous ne le croyons pas : tout au contraire l'existence simultanée de la fièvre, de l'amaigrissement et de la dyspepsie chez un enfant tuberculeux, et le fait qu'il n'y a pas entre ces trois phénomènes de relations d'interdépendance, semble bien indiquer qu'ils sont tous trois en relation avec l'infection bacillaire. Le rôle de celle-ci ne paraît pas exclusive ; peut-être agit-elle surtout en adultérant les sécrétions digestives, ou en créant un terrain spécial sur lequel se développent plus facilement des germes vulgaires.

II. — *Entérite et gastro-entérite*

Nous avons observé l'entérite moins fréquemment que les troubles dyspeptiques, chez les nourrissons à C.R +. Nos cas se répartissent ainsi :

De 0 à 6 mois	3 cas
6 à 12 mois	2 cas
12 à 18 mois	3 cas
18 à 24 mois	3 cas
	11 cas

Ce qui donne comme pourcentage :

pendant la 1 ^{re} année	5 0/0
— 2 ^e année	7 0/0

Quand à la gastro-entérite nos 41 cas se répartissent également pendant les premiers six mois et les seconds six mois de la première année ; nous confondons ces deux ordres de manifestations (entérite et gastro-entérite) dans une même description.

Il s'agit d'enfants qui s'alimentent mal, maigrissent, présentent fréquemment de la diarrhée avec ou sans vomissement. Les symptômes cardinaux sont les suivants :

Troubles digestifs. — Le catarrhe intestinal est un phénomène constant avec selles abondantes, liquides, jaunâtres ou vertes, parfois glaireuses. Les vomissements sont inconstants. L'haleine peut présenter une odeur butyrique que dégagent également les selles.

Tantôt ces troubles sont temporaires et surviennent par poussées, tantôt ils sont continus. Ils s'accompagnent d'amaigrissement et de fièvre.

Amaigrissement. — L'amaigrissement en général progressif est parfois coupé par des périodes où l'enfant reprend un peu de poids.

Fièvre. — La température n'est jamais très élevée. Le plus souvent elle suit une marche irrégulière, oscillant faiblement entre 37 et 38 degrés.

Mais souvent aussi la courbe se maintient au-dessous de 37 degrés, il n'y a que de petites poussées fébriles à 37°6 ou 37°8 survenant à des intervalles plus ou moins éloignés.

L'hypothermie franche est un signe précurseur de la mort.

Évolution. — Ces troubles peuvent évoluer d'une façon subaiguë, en l'espace de deux à quatre semaines, ou affecter au contraire une marche chronique.

Enfin, s'il est des formes mortelles, il est des formes bénignes, et ceci souvent en dépit de la gravité apparente des symptômes.

Diagnostic. — Comme on le voit, le tableau clinique que nous venons d'ébaucher n'offre rien de très caractéristique. Et nous pourrions dire, avec d'Espine et Picot, que certaines formes intestinales chroniques avec rémission ne diffèrent en rien au premier abord de l'entérite chronique avec athrepsie, si ce n'est par la ténacité de la dyspepsie. C'est la constatation d'une C. R. positive, surtout chez un très jeune enfant, et en particulier lorsque l'enfant est nourri au sein, qui fait immédiatement songer à une manifestation tuberculeuse. L'observation suivante en est un bon exemple.

OBSERVATION VIII

Catarrhe gastro-intestinal prédominant sur l'intestin grêle

Marcel R..., deux mois; poids 2 kg. 830. Entré le 15 mars, sorti le 2 avril 1911.

C. R. +.

A. H. — Mère suspecte de tuberculose; tousse beaucoup; malade depuis la naissance de l'enfant.

Un autre enfant mort de méningite à sept mois.

A. P. — Troisième enfant, né à terme, avec un poids de naissance inconnu.

Nourri au sein jusqu'à il y a quinze jours; n'a jamais été bien réglé.

Depuis quelques jours est soigné pour bronchite, toux et diarrhée verte; pas de vomissements.

15 mars 1911. — Température 37°2.

Enfant petit.

Pas de lésions squelettiques.

Foie et rate normaux.

Selle verte présentant une odeur butyrique nette.

Rien à l'auscultation.

Pas de thymus appréciable.

Petite hernie inguinale.

Les cinq jours suivants selles simplement dyspeptiques. Apyrexie, puis enfant subfébrile avec légère élévation à 37°2 ou 4. Accroissement régulier du poids atteignant 360 grammes en cinq jours: l'enfant pèse le 20 mars 3 kgr. 190.

23 mars. — Température matinale 37°6; température vespérale 37°4.

24 mars. — Température matinale 37 degrés; température vespérale 38 degrés.

Poussée de catarrhe intestinal; amaigrissement.

Les jours suivants oscillations thermiques entre 37 et 38 degrés et même au delà. Oscillations journalières de la courbe de poids; accroissement un jour, déperdition le lende-

main. Néanmoins l'enfant a un poids supérieur à celui qu'il avait à son entrée.

Pathogénie. — La pathogénie de ces formes reste aussi obscure que celle des formes dyspeptiques : nous n'avons trouvé que dans un seul cas, sur 16, des ulcérations intestinales. Par contre, nous avons relevé de lésions tuberculeuses de l'intestin dans 4 cas où aucun symptôme n'avait pu en faire soupçonner l'existence.

III. — *Adénopathie mésentérique*

Selon M. Marfan, on pourrait soupçonner son existence lorsqu'il existe un gros ventre chroniquement tympanisé sans diarrhée. Nous n'avons pas été à même de vérifier ce fait.

IV. — *Péritonite tuberculeuse*

Il ne s'en est pas non plus présenté à notre observation. D'après MM. Weil et Péhu, la péritonite tuberculeuse est surtout caractérisée chez le nourrisson par une augmentation de volume du ventre avec météorisme et circulation collatérale ; la douleur est nulle ou modérée, la température peu élevée. C'est une forme rare.

C. — MANIFESTATIONS CHIRURGICALES ET EXTERNES

Nous réunissons artificiellement, ici les manifestations que nous avons observées chez les nourrissons à C R. +, au niveau de la peau, des ganglions, des os, des testicules.

I. — *Peau*

A. — *Manifestations cutanées proprement dites.* — Nous n'avons observé qu'une seule manifestation vraisemblablement spécifique : il s'agissait d'une plaque lupiforme. Ces manifestations nous semblent donc exceptionnelles. Lorsqu'elles existent (lupus, lichen scrofulosorum, tuberculides, dont Pollak aurait observé 22 cas chez 92 malades, tuberculoses miliaires de la peau, lupus miliaire disséminé), elles ont, comme le fait observer Fischl, une grande importance diagnostique.

Au contraire, on relève chez un grand nombre d'enfants porteurs d'une C. R. + des lésions banales, telles que :

Impétigo (obs. CIII, CXVI, CXVII, CXIX, XXXIX, etc., etc.);

Ecthyma, qui prend fréquemment chez les tuberculeux une allure gangréneuse (obs. XX, CXX, CXXII, LXXVIII, LXXVII, etc., etc.);

Eczéma (obs. CXIII, etc.);

Séborrhéide psoriasiforme (obs. CXVIII, etc.).

M. Audry, de Toulouse, a publié une observation intéressante relative aux rapports qui peuvent exister entre les altérations cutanées banales et la tuberculose pulmonaire. Il s'agissait d'impétigo vulgaire (amorcé sur une séborrhée du cuir chevelu), puis diffuse, subissant ensuite une transformation hémorragique et ulcéreuse chez un nourrisson de vingt-deux mois chez qui l'autopsie seule révéla l'existence de tuberculose pulmonaire.

B. — *Abcès sous-cutanés.* — Ils s'observent très fréquemment chez des enfants présentant des signes d'imprégnation tuberculeuse, et sont dus à des microbes d'ordre banal dont le développement est hautement favorisé par le terrain sur lequel ils évoluent.

Il s'agit d'abcès sous-cutanés multiples disséminés, tenaces durant des mois, ou localisés au cuir chevelu, au derme sous-unguéal, à la région malaire, aux fesses.

C. — *Gommes.* — Elles s'observent fréquemment chez les nourrissons tuberculeux. Elles sont disséminées ou localisées aux membres, aux fesses, ce qui pour Weill et Mouriquand serait un bon signe de tuberculose.

Nous en avons relevé de :

0 à 6 mois.....	1 cas
6 à 12 mois.....	2 cas
12 à 18 mois.....	5 cas
18 à 24 mois.....	4 cas
Au total.....	9 cas

Ce qui nous donne comme pourcentage pendant la première année 3 0/0, la deuxième 10 0/0.

II. — *Lésions oculaires*

Parmi les lésions que nous avons relevées chez les nourrissons tuberculeux, nous noterons seulement que la kératite phlycténulaire s'observe assez fréquemment. Pour certains auteurs cette affection ne se développerait que sur un terrain bacillisé.

III. — Adénopathies

Elles sont localisées ou généralisées.

Localisées, elles siègent le plus souvent dans la région cervicale. Elles s'observent surtout pendant la seconde année et peuvent être l'unique localisation apparente de la tuberculose. Tantôt elles restent à la période de crudité, tantôt elles suppurent. En général la suppuration se fait lentement, à froid. Dans l'observation rapportée par MM. Marfan et Oppert en février 1908 à la Société médicale des hôpitaux, cette suppuration s'est faite rapidement, à chaud, et le pus renfermait un grand nombre de bacilles de Koch.

Les adénopathies tuberculeuses peuvent se localiser dans les régions axillaires, iliaque ou inguinale. Pour certains auteurs (Hutinel et Tixier) les adénopathies axillaires devraient faire particulièrement suspecter des lésions tuberculeuses pleuro-pulmonaires ou médiastines. Enfin, les adénopathies peuvent se *généraliser*; c'est alors qu'on est en présence de la *micropolyadénie* dont les éléments donnent au palper cette sensation si spéciale de grains de plomb sous la peau, signalée pour la première fois par Legroux, et qui, sur une peau intacte est un bon signe de tuberculose, bien qu'on ait pu l'observer dans d'autres infections : cachexie syphilitique, septicémie chronique d'origine gastro-intestinale,

cachexie consécutive aux affections aiguës, broncho-pneumonie subaiguë ou à rechute succédant à la coqueluche ou à la rougeole, cachexie des suppurations cutanées prolongées (Marfan et Pottier).

IV. — *Manifestations ostéo-articulaires*

A. — *Tuberculose osseuse et articulaire.* — Nous rappelons que les quelques cas relevés par nous ont trait à des nourrissons soignés dans un service de médecine : quatre de nos enfants étaient atteints de maux de Pott, un d'ostéo-périostite sternale, trois de spina ventosa. Un de nos petits pottiques avait une tumeur blanche du genou remontant à l'âge de huit mois. Les deux tiers de ces malades avaient dépassé leur première année.

B. — *Rachitisme tuberculeux.* — Il est loin d'être admis par tous les auteurs.

M. Marfan estime qu'à côté de l'alimentation défec-tueuse, agissant par elle-même, ou par les troubles digestifs qu'elle engendre, qu'à côté des infections chroniques telles que les broncho-pneumonies prolongées, les pyodermites répétées, la syphilis, il faut dans l'étiologie du rachitisme faire une place à la tuberculose. D'après Marfan, environ 25 0/0 des cas de rachitisme seraient d'origine tuberculeuse. Stirniman, à l'autopsie de 41 nourrissons de zéro à un an, trouve vingt-six fois des lésions rachitiques. Le rachitisme apparaîtra

comme l'expression de la réaction du système hémolympathique à la toxi-infection tuberculeuse chronique.

Fréquence du rachitisme chez les tuberculeux. —

Nous avons observé extrêmement souvent le rachitisme chez nos nourrissons tuberculeux. Nos cas se répartissent de la façon suivante :

De 0 à 6 mois.....	7 cas
De 6 à 12 mois.....	21 cas
De 12 à 18 mois.....	15 cas
De 18 à 24 mois.....	23 cas
Au total....	66 cas

Ce qui donne comme pourcentage 40 0/0 par rapport au nombre total de nos petits tuberculeux.

Rachitisme tuberculeux indubitable. — Mais de ces très nombreux cas de rachitisme, constatés chez nos nourrissons tuberculeux, nous ne garderons, en définitive, comme attribuables strictement à la tuberculose, que 18 cas.

Parmi nos 18 cas il s'agit de :

1° Six enfants nourris au sein (obs. CXXXV, IX, CXXVIII, XXV, XXXII, CLXXII) ;

2° Huit enfants correctement nourris au biberon (obs. XXXI, XIX, CLV, XIII, LII, XXIX, CXXXVIII, XXXII) ;

3° Quatre enfants soumis à l'alimentation mixte (obs. CXXX, CXXXIV, XXXV, XX).

Aucun de ces enfants n'a jamais présenté de troubles digestifs notables.

Age. — Au point de vue de l'âge, ces enfants se répartissent ainsi :

De 0 à 6 mois	4 cas
De 6 à 12 mois	6 cas
Première année.....	10 cas
De 12 à 18 mois	5 cas
De 18 à 24 mois	3 cas
Deuxième année....	8 cas

Ces chiffres donnent une proportion à peu près égale à 10 0/0 pour la première comme pour la seconde année. Mais à côté de ces cas où la tuberculose paraît seule responsable du rachitisme, il est certain que son rôle se fait sentir dans les cas de rachitisme dont nous avons donné plus haut la statistique globale.

Si nous faisons leur pourcentage d'après l'âge, nous trouvons une proportion de 30 0/0 de rachitiques chez les tuberculeux de moins d'un an, et de 40 0/0 au cours de la deuxième année : ces proportions sont mieux en rapport avec l'opinion de M. Marfan d'après qui, le rachitisme tuberculeux serait surtout l'apanage de la seconde année.

Signes. — Il s'agit souvent d'enfants pâles, anémiques, refusant de marcher à seize ou dix-sept mois et qui présentent de l'incurvation des tibias avec bourrelet sus-malléolaire (symptôme décrit par M. Marfan) ; de l'élargissement des épiphyses du poignet ; des chapelets costaux, avec rétrécissement sous-mammaire du thorax, des frontaux saillants, une fontanelle largement ouverte.

Souvent leur ventre est gros et flasque, ils ont des végétations adénoïdes, de la polyadénie, de la mégalosplénie avec ou sans hépatomégalie. La mégalosplénie, en particulier, s'observe fréquemment ; la constatation de ce signe, chez des enfants au-dessus de un an, plaide en faveur de la tuberculose (obs. CXXXIX, CXXXI, CXII, XLIV, LVI. Mais nous n'aborderons pas la question de la mégalosplénie dans ses relations avec le rachitisme et la tuberculose en général, ce sujet ayant été très bien étudié dans la thèse récente de M^{lle} Le Scornet. Nous avons souvent noté la coexistence chez nos nourrissons atteints de rachitisme tuberculeux de manifestations franchement spécifiques : adénopathie trachéo-bronchique, gomme, et même ostéo-périostite tuberculeuse.

Mais, d'autre part, comme M. Marfan l'a fréquemment noté, le rachitisme est d'autant plus accusé qu'il s'agit de tuberculose moins manifeste. « Chez les sujets à tuberculose évidente ou très probable, plus ou moins cachectiques, les réactions de défense sont moins vives et les déformations osseuses sont moins accusées ». L'observation ci-dessous est une observation typique de rachitisme tuberculeux.

OBSERVATION IX

Rachitisme. — Adénopathie sous maxillaire

Robert R..., deux ans, entre salle Blache le 3 juin 1910, sorti le 9 juin.

C. R. +.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a deux mois de tuberculose pulmonaire et laryngée.

Antécédents personnels. — Né à terme, nourri au sein jusqu'à dix-huit mois, depuis mange comme ses parents.

L'enfant n'a jamais eu de troubles digestifs, et n'a jamais été malade jusqu'à il y a trois mois ; à ce moment : coqueluche et ganglions sous maxillaires ; la coqueluche est guérie depuis trois semaines.

Actuellement : Adénopathie sous maxillaire.

Rachitisme : bourrelet sus-malléolaire, élargissement des épiphyses du poignet.

Pas de déformations costales ni crâniennes.

V. — *Orchites*

Nous en avons observé 4 cas.

Dans 3 cas il s'agissait d'enfants présentant avec une C. R. + d'autres signes de tuberculose avérée (mal de Pott, adénopathie trachéo-bronchique). Deux de ces enfants étaient très jeunes : l'un était âgé d'un mois et demi, l'autre de cinq mois. Il s'agissait d'orchite unilatérale avec épидидymite dans 1 cas, avec hydrocèle vaginale dans l'autre.

Dans un cas il convient de faire des réserves, car bien que l'enfant âgé de treize mois ait eu une C. R. +, une adénopathie trachéo-bronchique, c'était un hérédo-syphilitique, et l'orchite était bilatérale.

Il est intéressant de rapprocher des faits que nous avons observés, ceux relatés par L. Rocher. Il signale 3 cas de tuberculose testiculaire chez des nourrissons âgés de moins de deux ans, et insiste sur la rareté de cette localisation et sur sa bénignité.

D. — MANIFESTATIONS NERVEUSES

I. — *Méningite tuberculeuse*

La méningite tuberculeuse considérée jadis comme une manifestation rare chez le nourrisson s'observe au contraire assez fréquemment ainsi que l'ont surtout bien établi les travaux de M. Lesage.

FRÉQUENCE. — Nous en avons observé 20 cas, ainsi répartis :

De 0 à 6 mois.....	2 cas
6 à 12 mois.....	9 cas
12 à 18 mois.....	6 cas
18 à 24 mois.....	3 cas
	20 cas

La méningite tuberculeuse du nourrisson est trop bien connue à l'heure actuelle, pour que nous voulions en faire une description complète.

Nous nous proposons seulement dans ce chapitre d'utiliser les cas que nous avons observés et de les grouper.

FORMES. — Nous avons observé :

1° Des formes se rapprochant de la méningite tuberculeuse de la deuxième enfance ;

2° Des formes frustes ;

3° Des formes somnolentes ;

4° Des formes à manifestations paralytiques.

1° *Formes se rapprochant du type observé dans la seconde enfance.* — Il s'agissait d'enfants malades déjà depuis deux ou trois semaines, et qu'on amenait parce qu'ils maigrissaient, présentaient de l'agitation nocturne, et parfois des raideurs, presque toujours de la constipation.

Parmi les signes classiques les plus fréquemment observés, nous avons noté les contractures (raideur de la nuque et du tronc allant parfois jusqu'à l'opisthotonos ; signe de Kernig) souvent intermittentes, les troubles vaso-moteurs, les troubles convulsifs : agitation généralisée ou convulsion des muscles de la face, surtout des lèvres, la tension de la fontanelle. Insensiblement, et sans qu'il y ait rémission franche, les raideurs disparaissent, faisant place aux paralysies de la nuque et des membres, au strabisme, tandis que l'enfant pâli, amaigri, refusant de s'alimenter présente des selles et une température normale. La mort survient dans un état de cachexie accusée, ou au contraire alors que l'enfant présente des symptômes très atténués et a gardé un assez bon aspect.

2° *Formes frustes.* — On amène un enfant qui depuis huit à dix jours présente de la toux, de l'amaigrissement, de l'abattement, avec parfois quelques vomissements.

Ou bien l'enfant souffre depuis quelques jours de troubles dyspeptiques légers avec tendance au catarrhe, alors même qu'il est au sein, et correctement réglé. L'enfant maigrit, présente une température s'écartant

peu de la normale ou plus haute, mais disproportionnée comme intensité avec les troubles digestifs.

En l'examinant attentivement on trouve une nuque un peu raide ; une fontanelle un peu tendue, ce qui frappe d'autant plus qu'en général en cas de catarrhe intestinal elle se déprime ; enfin des irrégularités respiratoires.

L'enfant prend mal le sein, crie dès qu'on le touche, et meurt rapidement en quatre, cinq ou six jours.

Ces symptômes, souvent très frustes, joints à l'examen du liquide céphalo-rachidien, à la constatation d'une C. R. +, forment néanmoins un ensemble bien caractéristique.

Nous avons pu constater la fidélité de la C. R. au cours de la méningite tuberculeuse. Dans tous nos cas, sauf dans un seul, elle a été positive. Oppert avait déjà noté ce fait, contesté par quelques auteurs.

3° *Forme somnolente.* — Nous avons observé aussi le type somnolent dont MM. Lesage et Abrami ont donné une description d'ensemble.

Dans certains cas la torpeur avec somnolence s'installe d'emblée, le regard est fixe, la fontanelle tendue, et l'enfant maigrit et s'émacie sans avoir présenté de raideurs ;

Ou bien, la somnolence survient secondairement, après une courte période où l'enfant a présenté des vomissements, des cris aigus, peut-être attribuables à de la céphalée ; souvent, après quelques jours, surviennent des convulsions auxquelles fait suite le coma terminal.

4° *Forme avec manifestations paralytiques.* — Elle se rapproche des formes anormales de l'adulte, et se caractérise essentiellement par l'association avec des symptômes d'apparence banale d'hémiplégie, de paralysie d'un membre, ou enfin de paralysie faciale; celle-ci est apparue chez un de nos tuberculeux pulmonaires, plus d'un mois avant les signes de pie-mérite confirmée.

On peut opposer à ces formes paralytiques les *formes éclamptiques* fréquentes chez le nourrisson.

ÉVOLUTION. — La méningite tuberculeuse du nourrisson (qui termine fréquemment l'évolution des formes cliniques que nous avons étudiées) évolue, dans la très grande majorité des cas, vers la mort: c'est ce que nous avons observé dans 19 cas sur 20. Toutefois dans un cas, dont nous donnons ci-dessous l'observation, la guérison est survenue.

Il convient de faire ici les plus expresses réserves, la mère de l'enfant étant hérédo-syphilitique, et l'enfant ayant présenté des signes suspects. Mais le résultat négatif de la réaction de Wassermann semble plaider, chez ce sujet manifestement tuberculeux, en faveur de la nature bacillaire du processus méningé.

OBSERVATION X

Broncho-pneumonie pseudo-lobaire à rechute. — Tuberculose pulmonaire. — Méningite

Raymond V..., deux ans, entré le 8 décembre 1909, sorti le 13 janvier 1910.

Mère hérédo-spécifique. A eu un abcès froid du tibia. Enfant nourri au sein, ayant eu une bronchite à l'âge de un mois et demi. Puis à l'âge d'un an congestion pulmonaire suivie d'otite gauche (qui persiste encore actuellement). En Juin 1909, pneumonie et pemphigus localisé. C. R. +; en Juillet, rougeole compliquée de broncho pneumonie; en Octobre, troubles digestifs avec diarrhée, vomissements, météorisme abdominal; l'enfant entre de nouveau salle Blache pour dyspnée, fièvre, vomissements.

8 décembre 1909. — On trouve du côté gauche de la matité avec souffle surtout accentué à la base, et allant en diminuant jusqu'au sommet.

Au sommet, respiration rude à droite. La courbe thermique présente le type intermittent.

23 juin 1910. — L'enfant revient dans le service âgé de deux ans et demi. Il est malade depuis deux jours. A l'entrée, symptômes très nets de méningite: céphalée, somnolence, strabisme, nystagmus, réactions vaso-motrices faciles à provoquer. Lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien.

Ces symptômes s'atténuent et disparaissent au bout de quelques jours; l'enfant sort bien portant.

C. R. + à plusieurs reprises.

R. W. —.

Traitement. — Frictions mercurielles, calomel.

4 mai 1911. — L'enfant rentre dans le service âgé de trois ans. Bronchite.

C. R. +.

Ce cas peut être rapproché des épisodes méningés tuberculeux curables dont MM. Barbier et Gougelet ont rapporté 4 cas, dont 2 personnels.

Aviragnet et Tixier ne contestent pas l'existence de ces formes, mais, comme tous les auteurs, insistent sur l'extrême rareté des formes curables de la méningite tuberculeuse.

II. — *Autres manifestations nerveuses*

Nous signalons seulement les autres manifestations nerveuses que nous avons relevées chez des nourrissons porteurs d'un C. R. + : éclampsie ; signes de tétanie latente ; méningisme qui peuvent n'être que des réactions de cause banale chez un tuberculeux, ou au contraire, être véritablement liée à la toxi-infection tuberculeuse.

E. — TUBERCULOSE GÉNÉRALISÉE

Nous groupons uniquement dans ce chapitre les cas qui, cliniquement, étaient typiques. Mais nous rappelons qu'au cours de cette étude, nous avons déjà eu l'occasion de relever pendant la vie une tuberculose plus ou moins diffuse ; cette constatation est presque de règle à l'autopsie.

Nous étudierons successivement :

- 1° *Les tuberculoses généralisées à déterminations multiples ;*
- 2° *La cachexie ganglionnaire apyrétique ;*
- 3° *La granulie ;*
- 4° *L'atrophie simple.*

I. — *Tuberculose généralisée à manifestations multiples*

Sur les quatre cas vraiment caractéristiques que nous avons observés, il s'agit dans 2 cas d'enfants ayant

des antécédents tuberculeux avérés. Tous ces nourrissons ont des signes cliniques évidents avec C. R. + sauf dans un cas, où elle est douteuse.

Ce sont des enfants ayant dépassé la première année en général, chétifs, porteurs depuis de longs mois d'abcès ou d'otite moyenne suppurée. Les symptômes les plus fréquemment associés chez eux sont les suivants :

1° Manifestations osseuses ou ostéo-articulaires spécifiques, mal de Pott, spina ventosa, synovite d'une articulation carpo-métacarpienne.

Ces manifestations peuvent coexister avec :

2° Un syndrome ostéo-lymphatique.

3° Des gommes et des pyodermites ;

4° Une bronchite chronique avec adénopathie trachéo-bronchique.

Nous donnons ci-joint l'observation XI. Dans cette observation l'enfant élevé au sein ne semble pas avoir eu de troubles digestifs. Il présente des lésions osseuses spécifiques, et son rachitisme est vraisemblablement d'origine tuberculeuse.

OBSERVATION XI

*Bacillose à foyers multiples, ganglionnaire, osseux,
pulmonaire, cutanée*

Alfred L..., 20 mois, 7 k. 420, entré le 31 mai 1910, sorti le 9 juin 1910.

C. R. +.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux, ayant eu des hémoptysies.

Antécédents personnels. — Troisième enfant né à terme. Allaitement exclusif au sein maternel jusqu'à seize mois, puis tapiocas et bouillies.

31 mai. — Température 38°, selles normales.

Ostéisme : fontanelle ouverte, léger chapelet costal, tuméfaction du poignet, incurvation des tibias.

Mal de Pott dorso-lombaire avec saillie angulaire et médiane.

Adénite pré-auriculaire à droite ; adénite angulo-maxillaire à gauche, cicatrice tuberculiforme, ganglion dur au-dessous.

Abcès ganglionnaire supprimé sous la mâchoire à droite. Polyadénie inguinale.

Plaqué lupiforme sur la joue droite.

Gomme sous cutanée, non adhérente aux os, à la face antérieure de l'avant-bras gauche 2 cm. 5 au-dessus du poignet. Plus haut et à la face postérieure gomme cutanée. Gomme à la partie supéro-externe du creux proplité gauche.

Ventre gros, un peu tendu, sonore.

Foie palpable, un peu tuméfié.

Rate accrochable.

Pneumonie chronique droite, submatité en arrière dans tout le côté droit ; râle muqueux, souffle tubaire. A la base gauche un peu de souffle. En avant sous la clavicule droite respiration bronchique.

II. — *Cachexie ganglionnaire apyrétique ou tuberculose généralisée chronique apyrétique.*

Sous ce nom, nous décrivons avec M. Marfan, une forme de tuberculose, plus fréquente dans la seconde enfance que chez le nourrisson, et dont nous avons pu suivre l'évolution dans son service chez un enfant de neuf mois.

Des cas analogues au nôtre ont été observés par Bonchut sous le nom de granulie chronique diffuse, par

Aviragnet sous le nom de tuberculose chronique apyrétique des bébés, par Lesage (forme cachectique sans fièvre) et déjà par Rilliet et Barthez, qui notaient l'état ichtyosique de la peau.

Cette forme, qui atteint plus spécialement des enfants à antécédents tuberculeux, nés prématurément ou à terme, mais avec un poids inférieur à la normale, est caractérisée par les signes suivants :

Atrophie accentuée : l'enfant que nous avons observé était âgée de neuf mois ; il pesait 3 k. 500, n'avait pas de dents, et présentait le développement physique d'un enfant de deux à trois mois.

Ostéisme fruste ; comme M. Marfan a eu souvent l'occasion de le constater il existe un balancement entre l'intensité de l'atrophie d'une part et celui du rachitisme de l'autre, les manifestations osseuses étant d'autant plus légères que l'atrophie est plus accusée.

Hépatomégalie.

Mégalosplénie.

Micropolyadénie.

Amaigrissement ; la perte de poids est progressive ou le poids reste stationnaire malgré le régime convenablement institué et bien que l'appétit soit conservé et que les troubles digestifs soient souvent absents ou minimes (dyspepsie simple avec diarrhée intermittente).

Apyrexie. — La température reste à 37 degrés, ou se maintient, comme dans notre observation, pendant des semaines à 36 degrés, avec faibles exacerbations vespérales à 36°2 et 36°4. Cette courbe si particulière peut

parfois être interrompue par un accès fébrile, accompagnant une poussée de catarrhe intestinal ou de bronchite.

Cachexie. — Elle est de plus en plus marquée. L'enfant maigrit, présente une peau sèche, collée sur les os ; il se réduit à un état squelettique. Le facies prend un air vieillot, grimaçant, le regard se voile et on est surpris de voir cet état se prolonger souvent pendant des semaines ou même pendant des mois.

C'est dans cette forme que le nourrisson revêt surtout le type classique du tuberculeux avec développement du système pileux ; en particulier des cils.

La C. R. + est venue dans ces formes apporter une confirmation de plus à un diagnostic dont la nature étiologique s'était imposée à l'esprit des cliniciens bien avant l'utilisation des réactions à la tuberculine.

Dans l'observation XII, la C. R. pratiquée à trois reprises a toujours été positive en dépit de la cachexie progressive, ce qui, comme on le sait, est loin d'être la règle.

OBSERVATION XII

Cachexie ganglionnaire apyrétique. — Rachitisme.

C. R. + à trois reprises

Emilienne C..., neuf mois, 3 k. 500.

Entrée le 27 juin 1912, salle Blache, morte le 2 septembre.

A. H. — Père bien portant.

Mère morte récemment de tuberculose pulmonaire, toussait et expectorait.

A. P. — Née à terme, pesant 1 kgr. 500 environ. Nourrie au sein pendant un mois, ensuite au lait bouilli. N'a jamais eu de troubles digestifs.

Elle a maigri un peu ces derniers temps.

28 juin 1912. — *Examen.* — Développement très insuffisant ; pas de dents. Atrophie très marquée.

Ostéolymphatisme avec crâne oblique ovalaire, plagiocéphalie, bosses frontales et pariétales très marquées. Pas de cranio-tabes. Réseau veineux très développé.

Chapelet costal peu marqué. Un peu de bourrelet sus-malléolaire tibial et péronéal.

Ventre un peu flasque, étalé.

Ni mégalosplénie, ni hépatomégalie.

Micropolyadénie cervicale axillaire inguinale.

Pyodermite de la fesse gauche.

Bronchite : râles ronflants et sibilants ; à gauche et à droite, dans l'espace interscapulaire, respiration bronchique. Dyspepsie intestinale légère. Température normale pendant quatre jours : 37 degrés le matin, 37°2 le soir. C. R. + nette, devenue nécrotique. R. W. —

29 juin. — L'enfant s'alimente bien.

2 juillet. — Selles peu abondantes, mélangées. Température matinale 36 degrés ; température vespérale 36°6.

3 juillet. — Température 37 degrés. Râles muqueux et ronflants dans les deux poumons. L'enfant pousse des cris plaintifs quand on l'examine.

4 juillet. — Augmentation de 20 grammes en sept jours. Pourtant elle s'alimente bien. Selles abondantes et mélangées. Température matinale 36°6 ; température vespérale, 36°8.

10 juillet. — Le poids se maintient à 3 kgr. 520 ; la cachexie est de plus en plus manifeste. Pendant tous ces derniers jours la température atteint le matin 36 degrés, et le soir 36°2.

Pas de troubles digestifs, peu de signes pulmonaires.

17 juillet. — La courbe thermique s'est maintenue au voi-

sinage de 36 degrés, hors une poussée à 37°5 le 13 juillet, accompagnée de troubles digestifs légers.

Perte de poids de 220 grammes. Amaigrissement visible. Pommettes saillantes ; circulation crânienne veineuse apparente ; peau sèche collée sur le thorax : chapelet costal visible, bien que l'enfant s'alimente. Facies vieillot ; teint gris ; l'enfant grimace et se plaint quand on le touche.

Rien à l'auscultation.

24 juillet. — Température 36°2.

Le poids se maintient à 3 k. 300, bien que l'enfant s'alimente, n'ait pas de diarrhée, urine normalement, ne transpire pas exagérément.

L'enfant se cachectise de plus en plus. Facies grimaçant, regard atone. Cyanose. Voix cassée. Respiration irrégulière et ralentie. Aux deux bases quelques crépitations fines paraissant s'élever un peu plus haut à gauche.

Une troisième C. R. a encore été positive : macule rouge après vingt-quatre heures, avec infiltration papuleuse du derme.

27 juillet. — Température matinale 36°4 ; température vespérale 36°6.

Amaigrissement. Peau collée sur les os de la face et du thorax ; l'enfant a perdu 50 grammes en une semaine. La peau du ventre se laisse plisser comme dans les cas où il y a une déshydratation intense ; pourtant l'enfant s'alimente bien. Il n'a ni diarrhée ni transpiration abondante ; il urine normalement. Regard voilé. Cris quand on l'approche. Quelques petits râles muqueux aux bases.

30 juillet. — Température matinale 36°3 ; température vespérale 36°8.

Râles ronflants très marqués au sommet droit. Submatité, respiration bronchique, râles sonores à la base droite.

Pendant les deux semaines suivantes, aucun trouble digestif. L'enfant perd 50 grammes. La température se maintient constamment au voisinage de 36°5. Le 17 juillet, poussée fébrile à 39°6. Puis la courbe se maintient au-dessous de 37 degrés jusqu'au 25 juillet.

A partir de cette date, et jusqu'à la mort, grandes oscillations entre 37 et 38 degrés et entre 38 et 39 degrés.

Autopsie. — Poumons atélectasiés, avec dilatations bronchiques; une granulation tuberculeuse à la base. Pas de broncho-pneumonie. L'aorte paraît un peu dilatée au dessus des sigmoïdes. Valvule mitrale légèrement indurée. Hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques. Granulations tuberculeuses sur le foie, qui est congestionné. Estomac dilaté. Pas de granulations dans l'intestin, la rate, les reins.

Tumeur de la région postéro-externe de l'hémisphère cérébelleux droit paraissant être un gros tubercule.

III. — *Granulie*

Nous avons observé :

1° *La forme typhoïde* chez un enfant nourri au sein à C. R. + atteinte de fièvre continue avec hépatomégalie, mégalosplénie, catarrhe intestinal léger; le séro-diagnostic fut négatif :

2° *La forme asphyxique*, dont les observations CLXIII et CLXIV donneront une idée.

Dans l'observation CLXIII, qu'a bien voulu nous communiquer M. Marfan, il s'agit d'un cas de granulie sans méningite chez une enfant ayant présenté des convulsions, de la diarrhée et des vomissements, une bronchite.

Nous n'arrive nous par sur nos cas de bronchite, et de broncho-pneumonie ou l'autopsie seule nous a révélé l'existence de la granulie.

IV. — *Atrophie simple*

Nous ne tenons pas compte ici des cas extrêmement nombreux où l'enfant naît prématurément avec un poids inférieur à la normale, ou à terme avec un poids très inférieur (1 kg. 500 dans l'observation CXI); et présente de l'atrophie associée à des manifestations tuberculeuses évidentes (obs. CLVIII). Nous décrivons ici « l'atrophie simple » qui s'observe le plus souvent dans les conditions suivantes :

Il s'agit d'enfants qu'on amène à l'hôpital parce qu'« ils ne profitent pas », ils ont toujours été maigres et chétifs. Tantôt leur naissance a été prématurée; tantôt ils sont nés à terme, mais avec un poids insuffisant.

En général, c'est uniquement parce que l'enfant se développe mal qu'on l'amène, ou parce qu'il présente depuis quelques jours des troubles digestifs ou respiratoires très légers.

A l'examen, on constate que l'enfant est petit, maigre, d'un développement bien au-dessous de son âge. On peut relever ainsi un poids de 2 kg. 920 chez un enfant de quatre mois, ou de 5 kg. 500 chez un enfant de dix-sept mois !

Les fontanelles restent longtemps ouvertes et l'éruption dentaire se fait tardivement.

Même lorsque l'enfant augmente de poids sous l'influence du régime, il reste un atrophique, et un

atrophique seulement sans altération de l'état général, sans cachexie.

Cette atrophie simple est une manifestation voisine de « l'hypotrophie » décrite par M. Variot, et par M. Tixier, elle s'observe surtout dans la deuxième année.

F. — FORMES LATENTES

Nous réunissons sous ce chef un certain nombre de cas (obs. CH, CXVII, CXVIII, CLI, CLIII, CLXVI) où la cuti-réaction était positive, mais où les symptômes observés étaient sans rapport possible avec la tuberculose (syphilis héréditaire, impétigo, etc.). Ces cas sont peu nombreux ; Pollak n'a également noté que 3 cas de tuberculose latente chez 92 nourrissons, ce qui donne une proportion sensiblement égale à la nôtre.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous nous proposons de donner ici un simple aperçu de ce que nos autopsies nous ont permis de constater.

Trois faits doivent être signalés en premier lieu :

1° La gravité des lésions trouvées à l'autopsie des malades chez lesquels nous avons relevé des symptômes d'apparence banale ;

2° L'extension des lésions ; dans presque toutes nos autopsies il s'agissait de tuberculose diffuse, bien que cliniquement, dans quelques cas, il y eut prédominance des signes sur un seul appareil ;

3° L'absence de réaction de guérison, fibreuse ou calcaire. Nous n'avons relevé l'existence des tubercules crétacés que dans une seule autopsie ; ils siégeaient au niveau des poumons et des ganglions trachéo-bronchiques (obs. LXIII).

Nous avons pratiqué 54 autopsies. Il existait des lésions macroscopiquement tuberculeuses dans 51 cas. Dans 3 cas il nous a été impossible de déceler macroscopiquement des lésions nodulaires.

Nous passerons rapidement en revue par ordre de fréquence les lésions que nous avons observées.

Lésions pulmonaires. — Nous en avons observé 44 cas ; ces cas se répartissent de la façon suivante :

Cavernes pulmonaires : 13 ; broncho-pneumonies : 15 ; masses caséuses : 14.

Dans presque tous les cas il existait des granulations.

Sans vouloir faire une description complète des cavernes pulmonaires, nous en préciserons seulement le siège.

Nous avons constaté la présence de cavernes :

Cinq fois au sommet du poumon : (deux fois à gauche, une fois à droite, une fois aux deux sommets (obs XVIII, XXI, XXXI, XCIII, CLVII) ;

Trois fois à la partie moyenne des poumons et siégeant d'un côté seulement (obs. LXXV, CXXVI) ; des deux côtés (obs. XCII) ;

Une fois à la partie inférieure du poumon droit (obs. CXX).

Dans 2 cas le siège de la caverne n'a pas été précisé dans le protocole d'autopsie.

D'une façon générale, l'avis des auteurs est partagé au sujet du siège d'élection des cavernes pulmonaires chez le nourrisson. Ordinairement localisées au sommet d'après certains (et c'est le cas des observations rapportées par MM. Lortat, Jacob et Vitry, Richardière, Kaufmann, Karten), elles siègeraient plus souvent, selon d'autres (Kornel et Preisich, Lhomme), à la base et à la

partie moyenne du poumon droit ; cette localisation s'observe dans le cas rapporté par Ausset.

Nous avons pu observer, de même que Varay, une caverne à la partie moyenne du poumon gauche ; on voit par conséquent que les cavernes peuvent siéger indifféremment en divers points du tissu pulmonaire : mais la localisation au sommet semble être la plus fréquente.

Nous n'avons pas constaté de réaction sclérogène péri-tuberculeuse donnant des cavernes nettement circonscrites. M. Hutinel, pense que cet aspect des lésions dénonce une association d'hérédo-syphilis et de tuberculose, association qui, d'une façon générale, favoriserait la genèse des cavernes. Un autre point intéressant la pathogénie des cavernes, a été signalé par MM. Lortat-Jacob et Vitry : c'est l'importance des troubles trophiques par compression du pneumogastrique dans leur production. Enfin Kornel et Preisich insistent sur le rôle important que joue les infections mixtes.

Lésions des ganglions trachéo-bronchiques. — Nous en avons observés 43 cas :

Les ganglions étaient à la fois hypertrophiés et porteurs de tuberculoses dans 12 cas ; vingt-trois fois les ganglions furent trouvés caséifiés ; sept fois les ganglions étaient ramollis ou suppurés.

La fréquence, avec laquelle nous avons observé l'adénopathie trachéo-bronchique est un peu moins grande que dans les cas observés par d'autres auteurs :

A l'autopsie de 28 nourrissons tuberculeux de zéro à deux ans, Comby trouve vingt-huit fois des lésions des ganglions trachéo-bronchiques, Hutinel et Tixier en relèvent quatre-vingt-seize fois sur 96 autopsies, et Frœbelius dans 99,20/0 de ses cas.

Lésions du foie. — Nous en avons observé 31 cas :

Dans 19 cas, il s'agissait de lésions nettement spécifiques : granulations (quinze fois). tubercules (quatre fois).

Dans 12 cas, nous avons relevé des lésions non spécifiques (foie gras, foie toxi-infectieux, foie simplement congestif).

Lésions de la rate. — Nous en avons observé dans 29 cas :

Dans 25 cas, il s'agissait de lésions spécifiques. Granulations (21 fois). Tubercules (4 fois).

Les tubercules étaient disséminés, la tuberculose massive de la rate est d'ailleurs exceptionnelle : Lesage en a observé 1 cas chez un enfant de six mois.

Adénopathie mésentérique. — Nous en avons observé dans 23 cas :

Les ganglions étaient treize fois caséifiés ; huit fois ils étaient hypertrophiés et on y constatait la présence de tubercules crus ; enfin, dans 2 cas, les ganglions étaient ramollis et suppurés.

Dans 3 cas, l'adénopathie mésentérique coexistait

avec des ulcérations intestinales (obs. LXXV, CLVII, CXV).

Lésions pleurales. — Nous en avons observé dans 12 cas :

Nous avons constaté sept fois à l'autopsie l'existence d'adhérences. Il s'agissait d'adhérences inflammatoires simples sans épaississement de la plèvre comme dans le cas de pachypleurite bilatérale observé par M. Pater.

Nous avons noté l'existence de granulations pleurales au cours de deux autopsies.

Dans un cas, il y avait un épanchement de la grande cavité, où l'examen bactériologique ne révéla pas l'existence de bacilles de Koch. Dans trois cas, il existait une pleurésie interlobaire avec épanchement.

Les pleurésies exsudatives nous apparaissent donc comme rares.

Toutefois, Stirnimann, sur 41 autopsies, dit en avoir constaté dix-huit fois l'existence.

Lésions des méninges. — Il y avait onze fois des lésions de méningite tuberculeuse.

Lésions du rein. — Six cas : deux fois des granulations et quatre fois des tubercules.

Lésions intestinales (5 cas). — Quatre fois l'intestin était le siège d'ulcérations, en général dans la région de l'iléon, une fois au niveau de l'appendice.

Lésions cérébrales (4 cas). — Trois fois il s'agissait de granulations et dans 1 cas seulement de tubercules. Dans 1 cas il y avait de l'hydropisie ventriculaire accentuée associée aux granulations.

Lésions du péricarde (3 cas). — Dans 2 cas il s'agissait de granulations ; il existait une fois un épanchement.

Lésions péritonéales (1 cas). — Dans une seule autopsie on constata des granulations sur le péritoine.

Lésions cardiaques. — Nous n'en avons aussi relevé qu'un cas : il s'agissait d'endocardite végétante.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LE NOURRISSON AU-DESSOUS DE DEUX ANS PAR RAPPORT AUX AUTRES MALADIES

Considérée par les anciens auteurs comme exceptionnelle (Rilliet et Barthez, Bouchut, Legendre, Hervieu), les travaux de certains auteurs, en particulier, de Landouzy, Barbier, Queyrat, Aviragnet, ont établi sa fréquence et son rôle majeur dans la mortalité du premier âge surtout en certains milieux.

Pour se faire une idée approximative de la fréquence de la tuberculose chez le nourrisson, nous devons chercher à combien s'élève la mortalité par tuberculose, relativement à la mortalité en général aux différents âges.

Il nous a paru intéressant de comparer notre statistique à celle d'autres auteurs.

De zéro à trois mois, la tuberculose causerait : 0,9 à 1,16 0/0 des décès (Küss) ; 2 0/0 des décès (Marfan, Comby, Frœbelius) ; 6 0/0 des décès (Hamburger et Sluka).

De trois mois à six mois, la tuberculose causerait : 18 0/0 des décès (Marfan).

De six mois à douze mois, la tuberculose causerait : 27 0/0 des décès (Marfan).

De trois mois à un an, la tuberculose causerait : 9 0/0 des décès (Geipel); 13 0/0 des décès (Küss); 39 0/0 des décès (Hamburger et Sluka).

De zéro à un an, la tuberculose serait responsable de 3,5 0/0 des décès (Hutinel); 4 0/0 des décès (Stirnimann).

Pendant la deuxième année, la tuberculose causerait : 33 0/0 (Hutinel); 38 0/0 (Comby); 40 0/0 (Hamburger et Sluka), 43 0/0 (Marfan); 50 0/0 des décès (Barbier).

Nous avons comparé la mortalité tuberculeuse à la mortalité générale de la salle Blache et de la grande crèche, et les résultats ont été les suivants :

De 0 à 6 mois....	7 0/0
De 6 à 12 mois....	16 0/0
De 12 à 18 mois....	23 0/0
De 18 à 24 mois....	23 0/0

FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE SELON L'ÂGE

Nos malades d'hôpital se répartissent suivant leur âge de la façon suivante :

De 0 à 6 mois....	45
De 6 à 12 mois....	53
De 12 à 18 mois....	26
De 18 à 24 mois....	44

La tuberculose est exceptionnelle avant trois mois :

elle est rare dans la première année. Hutinel, sur 252 autopsies d'enfants de moins d'un an, trouve 8 cas de tuberculose avérée, alors que de un à deux ans la proportion s'élève à 1/3. D'après Sehlbach, la fréquence de la tuberculose n'augmente pas régulièrement de mois en mois, elle subit une diminution vers la fin de la première et de la deuxième année. Il existerait deux principales périodes où l'infection tuberculeuse se réalise de préférence :

1^o Les premiers trois mois de la vie (infection dans le berceau);

2^o L'époque à laquelle l'enfant commence à ramper et ramasser ainsi des poussières bacillifères qu'il porte ensuite à la bouche. Le danger d'infection auquel est exposé un enfant qui commence à marcher, à jouer, à toucher à tout, est également noté par Hamburger et Sluka qui lui attribuent l'augmentation de fréquence de la tuberculose dans la deuxième année.

FRÉQUENCE DE LA TUBERCULOSE SELON LE SEXE

Un fait très particulier, dont l'explication nous échappe, a attiré notre attention, c'est la prédominance de la tuberculose chez les nourrissons du sexe masculin. Le tableau suivant permet de s'en rendre compte.

	Morts	Vivants	Consultants	Total	Pourcentages
Garçons.	41	55	4	100	60
Filles...	34	29	3	66	40
				<u>166</u>	<u>100</u>

Tandis que la plupart des auteurs concluent que la tuberculose frappe indifféremment garçons et filles, Rilliet et Barthéz pensent que les garçons dans les deux premières années se tuberculiseraient plus facilement que les filles dans une assez forte proportion, et Parel, dans sa thèse (Bâle 1901), donne à ce sujet des chiffres à peu près identiques aux nôtres.

Un fait très particulier, qui, à notre connaissance, n'a pas été signalé, c'est que cette prédominance de la tuberculose chez les garçons s'observe à peu près exclusivement au cours de la seconde année.

Nous avons, en effet, relevé chez les enfants soignés à l'hôpital :

43 filles contre 45 garçons âgés de moins d'un an;

Et 20 filles contre 51 garçons de un à deux ans.

La proportion égale entre les deux sexes pendant la première année est donc *deux fois et demie plus forte chez les garçons pendant la seconde année.*

CAUSES PRÉDISPOSANTES

I. — ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Si dans 23 cas, les antécédents personnels de nos malades étaient inconnus, dans 14/4 cas, nous avons pu être renseignés à leur égard. Nous nous sommes essentiellement attachés à relever la fréquence des fièvres éruptives et de la coqueluche.

C'est ainsi que la rougeole a été relevée vingt-neuf fois (17 0/0), la coqueluche, douze fois (8 0/0), la scarlatine et la varicelle, cinq fois (3 0/0).

La syphilis héréditaire a été relevée quatre fois (2 0/0).

La rougeole apparaît donc comme l'affection la plus capable de favoriser l'éclosion de la tuberculose chez le nourrisson.

Plusieurs de ces infections ont pu se succéder chez le même enfant.

Mais, nous devons ajouter que, dans la très grande majorité des cas, dans 101 cas (60 0/0) les antécédents étaient nuls au point de vue des maladies infectieuses.

II. — ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES

Dans 33 des cas que nous avons observés, ils étaient inconnus. Dans les 134 cas où ils étaient connus, nous avons pu faire le relevé suivant :

		Pourcentage
Antécédents nuls.....	73 cas	55
Père tuberculeux (tuberculose avérée ou très probable).....	23 cas	19
Mère tuberculeuse (tuberculose avérée ou très probable).....	28 cas	21
Père et mère tuberculeux.....	7 cas	5
	60 cas	100

La tuberculose existait donc chez les parents dans 45 0/0 des cas. Ce chiffre est voisin de celui donné par

M. Hutinel et Tixier; ils trouvent la tuberculose des parents dans 50 0/0 des cas (sur 150 cas).

On voit aussi que la tuberculose maternelle est un peu plus fréquemment observée que la tuberculose paternelle.

L'hérédité maternelle a une gravité tout spéciale. D'après Parel, sur 18 nourrissons dont les mères étaient tuberculeuses, 14 moururent, tandis que sur 15 dont l'hérédité venait du côté paternel, 5 seulement succombèrent.

La durée du contact avec les parents tuberculeux a une grande importance, et Hahn semble penser que les enfants tuberculisés de bonne heure et dont les parents sont morts ont plus de chances de survivre, parce qu'ils ne sont pas soumis à des réinfections répétées.

Enfin, dans un certain nombre de cas, nous relevons dans nos observations que l'enfant, né de parents sains, a été élevé par une parente ou une nourrice tuberculeuse.

A l'hérédité maternelle plus fréquente, plus grave se rattache la question de l'allaitement.

Allaitement des nourrissons tuberculeux. — Dans 36 cas, le mode d'allaitement était inconnu.

Parmi les 130 cas où nous avons pu être renseignés, il s'agissait :

D'allaitement au sein.....	46 fois
— au biberon.....	48 fois
— mixte	36 fois

On voit donc que 82 enfants sur 131 étaient allaités au sein (exclusivement 46 ; partiellement 36). Ce qui donne un pourcentage de 63 0/0.

Mais l'infection directe par le lait de femme est exceptionnelle ; il n'existe guère qu'un cas dans la littérature médicale où du lait de femme fut reconnu bacillifère.

Ce qui n'est point douteux, c'est que l'allaitement étant, pour une femme tuberculeuse, une cause de dénutrition, elle donne un lait insuffisant. Surtout, l'allaitement au sein par une mère tuberculeuse expose plus particulièrement l'enfant à la contamination directe.

Ceci nous conduit à rappeler des faits bien établis à l'heure actuelle relatifs aux origines de la tuberculose chez l'enfant.

Pathogénie. — Exceptionnellement congénitale, la tuberculose est presque toujours acquise.

Pendant les deux premières années de la vie, la contagion est presque exclusivement *familiale*. Et *plus la vie de famille est solidement établie plus elle expose à la contagion*. C'est ainsi que Hahn trouve bien plus de nourrissons tuberculeux parmi les enfants légitimes que parmi les illégitimes.

Sur 58 cas, il y avait :

46 enfants légitimes..... 79,2 0/0

12 enfants illégitimes..... 21,8 0/0

alors que la proportion des enfants légitimes dans la clinique où observait Hahn était de 56,5 contre 43,5 d'enfants illégitimes.

Hahn explique ces faits en disant qu'ou bien les parents sont mieux portants, ou bien si le père est tuberculeux il approche moins souvent l'enfant qu'un père légitime. Lorsque c'est la mère qui est tuberculeuse ou elle travaille dehors et n'approche que peu l'enfant, ou les progrès de a maladie la forcent à entrer à l'hôpital, et elle en est ainsi complètement séparée.

La femme mariée tuberculeuse, au contraire, reste à la maison, et bien souvent aussi le mari tuberculeux lorsqu'il ne peut travailler.

La tuberculose des parents expose le bébé à la contagion tout particulièrement dans les classes pauvres.

Porte d'entrée du bacille

La contagion par inhalation incontestablement admise par tous, et considérée par un certain nombre d'auteurs comme la mode d'infection de beaucoup le plus important. Confirmant les travaux de Parrot, Hutinel, Küss, Anton Ghon, de Prague, d'après 644 autopsies, trouve 170 cas dans lesquels le foyer pulmonaire est primitif (92,4 0/0) et 14 cas dans lesquels le foyer pulmonaire n'est pas primitif (7,6 0/0). Dans la grande majorité des cas, l'infection tuberculeuse qui se produit par la voie aérienne crée un foyer pulmonaire primitif et l'adénopathie médiastine tuberculeuse est secondaire; c'est l'adénopathie similaire de Parrot.

Mais M. Marfan estime qu'à côté de cette voie d'entrée, il faut faire jouer un rôle important à la muqueuse des

premières voies (bouche, nez, pharynx) qui, soit au niveau d'une ulcération, soit dans les points où elle est doublée d'amas de tissus lymphoïdes, peut recevoir le bacille avec l'air inspiré, ou au moment de la déglutition.

La tuberculose pourra y rester localisée; ou bien les bacilles pourront gagner de là les ganglions du cou et y rester localisés, ou se propager aux ganglions thoraciques.

Enfin, des ganglions thoraciques, les bacilles se propageraient au capillaire du poumon.

A côté de ces faits, la contagion par ingestion compte un certain nombre de défenseurs; elle est rarement démontrable.

Hérédité tuberculeuse. — Les faits que nous avons observés de tuberculose des parents, ou de tuberculose chez de très jeunes enfants nous conduisent à dire un mot de l'influence héréditaire. On admet actuellement que la tuberculose congénitale est exceptionnelle.

L'hérédité conceptionnelle n'a jamais été prouvée. La contagion intra-utérine transplacentaire a, seule, été démontrée expérimentalement.

Il existe donc surtout une hérédité de terrain, et l'on pourrait, avec M. Hutinel, distinguer une hérédité dystrophique et une hérédité de prédisposition.

CHAPITRE V

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Bien souvent l'enfant succombe à l'hôpital. Nous avons observé des cas évoluant vers la mort suivant une marche aiguë ou subaiguë.

Dans d'autres cas, la maladie a pris une allure trainante aboutissant en deux ou trois mois à la mort par cachexie lente. La mort peut être le fait de la tuberculose seule ou d'une infection surajoutée.

Quelle que soit la cause du décès, celui-ci est survenu dans 40 0/0 de nos cas (soit chez 76 enfants). Les autres sont sortis de l'hôpital vivants, mais souvent très aggravés.

Quelques-unes de nos observations ont trait à des enfants qui revinrent à intervalles plus ou moins éloignés et chez qui l'évolution dépassa certainement plusieurs mois.

Enfin, un certain nombre de nourrissons sortis améliorés ou guéris cliniquement ne sont plus revenus, et, malgré notre désir de voir comment évoluerait chez eux une tuberculose à pronostic relativement bénin en apparence, nous nous sommes heurtées à des difficultés

matérielles. Les lettres de rappel que nous avons envoyées sont restées pour la plupart sans réponse.

Quoi qu'il en soit, de l'ensemble de nos cas comme des statistiques de la plupart des auteurs, se dégage la notion de l'extrême gravité de la tuberculose du nourrisson.

EVOLUTION SUIVANT L'AGE

M. Hutinel pense que peu d'enfants survivent plus de trois mois après l'épreuve positive à la tuberculine.

Il a pu suivre 39 enfants au-dessous de deux ans à intradermo-réaction positive ;

Trente-cinq sont morts de leur tuberculose en moins de deux mois et demi ;

Trois autres ont succombé entre deux mois et demi et trois mois et demi ;

Un dernier enfant survivait encore après le quatrième mois, mais on n'a pas su ce qu'il était devenu par la suite.

La statistique d'autres auteurs est, par contre beaucoup moins sombre.

Pollak a observé 92 enfants, dont 20 sont âgés de moins d'un an.

Sur les 67 autres, 45 sont morts.

Vingt-deux vivent (19 ont de un à deux ans, et 3 ont de deux à trois ans). La mortalité est de 67,2 0/0.

Sur ceux qui vivent encore, le diagnostic a été fait

pendant les premiers six mois de la vie, chez trois seulement (mortalité de cette catégorie 85,7 0/0). Le diagnostic a été fait pendant le second semestre chez 19 (mortalité 58,7 0/0),

Schick a suivi 3 enfants (sur 36) jusqu'à la deuxième et troisième année.

Les travaux de Hahn, qui a pu suivre longtemps certains de ses petits malades, sont particulièrement intéressants. Cet auteur, tout en faisant observer que son matériel clinique se compose d'enfants vivants en de mauvaises conditions hygiéniques, ce qui influe défavorablement sur l'évolution morbide, trouve que d'une façon générale le pronostic de la tuberculose chez le nourrisson est meilleur qu'on ne le dit. Un nombre assez important d'enfants survit, d'autres ne meurent qu'assez tardivement. A l'appui de ses dires, Hahn donne les chiffres suivants :

Sur 69 enfants observés par lui, 48 sont morts, ce qui donne un pourcentage de mortalité de 69,6 0/0.

Sur 20 enfants, dont la tuberculose a été diagnostiquée pendant les six premiers mois (cliniquement pour 12, à l'autopsie seulement pour 8), 15 sont morts, ce qui donne comme pourcentage de mortalité 80 0/0.

Sur 26 enfants dont la tuberculose a été diagnostiquée pendant les deuxième six mois (cliniquement pour 22, à l'autopsie seulement pour 4), 19 sont morts, ce qui donne comme pourcentage de mortalité 73,5 0/0.

Enfin, sur 23 enfants dont la tuberculose a été diagnostiquée dans la deuxième année (cliniquement chez 19,

à l'autopsie seulement chez 4), quatorze sont morts, ce qui donne comme pourcentage 60,9 0/0.

Le pourcentage de mortalité pendant la première année est plus élevé (77,3 0/0) que pendant la seconde année (60,9 0/0).

Des 19 enfants qui ne sont pas morts, 2 ont eut une destinée inconnue, et 19 ont pu être suivis.

Sur les 12 enfants dont la tuberculose avait été diagnostiquée pendant les premiers six mois, 3 survécurent et sont :

Un âgé de deux ans ;

Deux âgés de trois ans.

Sur les 22 enfants dont la tuberculose avait été décelée pendant les deuxième six mois, 7 survécurent et sont :

Un âgé de deux ans ;

Cinq âgés de trois ans ;

Un âgé de quatre ans.

Enfin, sur les 19 enfants dont la tuberculose avait été décelée dans la deuxième année, 9 survécurent et sont :

Un âgé de deux ans ;

Deux âgés de trois ans ;

Deux âgés de quatre ans ;

Quatre âgés de cinq ans.

L'âge auquel l'enfant est infecté a donc une extrême importance. Nous trouvons, en effet, chez nos nourrissons, le pourcentage de mortalité suivante pendant leur séjour à l'hôpital.

De 0 à 6 mois..... 75 0/0

De 6 à 12 mois..... 54 0/0

De 12 à 18 mois.....	40 0/0
De 18 à 24 mois.....	20 0/0

PRONOSTIC SELON L'ALLURE CLINIQUE

On sait que pendant la première année, la tuberculose latente est exceptionnelle, on peut l'observer pendant la deuxième année et surtout plus tard.

Pollak n'en a observé que 3 cas sur 92, nous-même que 6 sur 166.

Ces formes latentes n'ont guère un pronostic meilleur que les formes qui paraissent d'emblée évolutive. Et M. Hutinel vient encore d'insister récemment sur l'extrême gravité des formes dont seule une réaction positive à la tuberculine décèle l'existence. « Ces enfants de belle apparence ne tardent pas à être atteints de diarrhée, d'athrepsie, à dépérir, à être enlevés le plus généralement par une méningite. »

Néanmoins, aux cas de survivances possibles dans ces formes, se rattache la question de la reviviscence chez l'adulte d'un foyer tuberculeux ayant pris naissance au début de la vie.

Jusqu'ici rien n'est moins prouvé en ce qui concerne la première enfance. Et dans l'immense majorité des cas, c'est au delà de cette période qu'a été acquise la tuberculose qui tue le grand enfant ou l'adulte.

Quant aux formes à symptômes manifestes, il est extrêmement difficile, presque impossible dans la très grande majorité des cas, de tirer, tout au moins au début

de l'évolution, un élément de pronostic de la bénignité ou de l'intensité des symptômes.

Toutefois les formes pulmonaires, broncho-pulmonaires, méningées sont les plus graves ; les formes ostéo-articulaires ganglionnaires, cutanées ont un pronostic moins alarmant.

VALEUR PRONOSTIQUE DES RÉACTIONS A LA TUBERCULINE

Enfin, les réactions à la tuberculine peuvent être un élément de pronostic.

Bien que la constatation d'une réaction positive à la tuberculine, chez un enfant cliniquement peu atteint, doive, surtout dans le cours de la première année, faire réserver le pronostic, une réaction forte dès la première épreuve est d'un meilleur augure qu'une réaction peu intense. Quant à la réaction négative, elle est d'un pronostic extrêmement sombre. Ces faits ont été souvent vérifiés.

TRAITEMENT

Deux notions doivent conduire à un traitement rationnel de la tuberculose du nourrisson :

1° L'importance de la contagion familiale amènera à donner une très grande place au traitement prophylactique ;

2° Le fait que des manifestations cliniques banales en apparence évoluent sur un terrain bacillisé, ou sont

sous la dépendance directe du bacille de Koch, conduira à un traitement spécifique, symptomatique et général.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

I. — *Prophylaxie familiale*

Elle est naturellement plus ou moins facile à réaliser selon les milieux. L'habitation sera aussi saine que possible ; on évitera toute promiscuité avec des tuberculeux ; on veillera à la destruction soigneuse de leurs excréta.

On interdira l'allaitement aux femmes présentant une tuberculose ouverte, et l'on fera pratiquer le chauffage méthodique du lait de vache. Car il est actuellement bien prouvé que le bacille bovin peut transmettre la tuberculose à l'homme.

Enfin, on entourera de soins spéciaux les prédisposés, les débiles, les enfants lymphatiques plus particulièrement exposés à la tuberculose.

II. — *Prophylaxie sociale*

Elle devra nécessairement s'adjoindre à la précédente.

Elle visera la contagion familiale dans les familles peu aisées. On s'efforcera de soustraire l'enfant sain ou seulement prédisposé au contact du milieu tuberculeux. Ce mode de prophylaxie a été réalisé par l'œuvre de Grancher ; ses résultats admirables ont bien montré tout ce qu'on peut en attendre.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Le traitement par la tuberculine est encore à l'étude.

Aronade en aurait eu de bons résultats ainsi que Schlossmann, ce dernier en particulier chez des enfants atteints de tuberculose externe (*spina ventosa*, tumeur blanche), qui aurait été guérie en même temps que s'améliorait l'état général.

On pratique une injection de 1/100 de milligramme, puis tous les deux jours environ et malgré les réactions thermiques on fait des injections à doses rapidement croissantes ; Schlossmann atteindrait des doses de 5, 10, 15 et 20 grammes (?)

Escherich, par contre, a eu une mortalité de 100 0/0, bien que l'évolution ait paru se ralentir dans certains cas.

TRAITEMENT GÉNÉRAL ET SYMPTOMATIQUE

Le traitement général consistera essentiellement en cure d'air dans un climat approprié, en cure de lumière et de soleil. Quant au traitement symptomatique, il ne différera en rien de celui des affections banales avec lesquelles on a si souvent confondu les diverses formes de la tuberculose du nourrisson : régime dans les formes digestives, révulsion au cours des formes respiratoires, etc., etc.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Pour établir le diagnostic différentiel de la tuberculose chez le nourrisson, il faudrait passer en revue toute sa pathologie : aussi, nous bornerons-nous à en étudier ici le diagnostic positif.

Le diagnostic de la tuberculose chez le nourrisson s'appuie : 1° sur les signes cliniques ; 2° sur les examens de laboratoire ; 3° sur les épreuves tuberculiniques.

SIGNES CLINIQUES

Les nourrissons tuberculeux présentent dans certains cas des tableaux morbides dont la nature tuberculeuse se reconnaît facilement : en premier lieu, certaines tuberculoses externes : spina ventosa, adénites, sont d'un diagnostic presque évident. De même, la méningite tuberculeuse se diagnostique d'une façon relativement aisée, surtout si l'on pratique systématiquement la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien, épreuve de laboratoire, il est vrai, mais si liée à la clinique qu'on ne peut guère l'en séparer.

A côté de ces formes, celles où la tuberculose frappe le poumon et les ganglions trachéo-bronchiques, bien que se rapprochant souvent des affections banales, laissent en général sinon affirmer, du moins suspecter leur nature ; la persistance et la fixité des signes sont des indications de premier ordre en faveur de l'origine tuberculeuse des localisations thoraciques.

Par contre, dans un très grand nombre de cas où l'état général et les fonctions digestives semblent seuls en cause, la clinique seule serait complètement incapable de fournir autre chose que des suspicions. Sans doute, certains symptômes ont leur valeur : la température irrégulière dont rien en apparence n'explique les ascensions et les descentes capricieuses, l'amaigrissement progressif malgré un régime bien réglé et l'absence de troubles digestifs peuvent et doivent faire soupçonner la tuberculose ; mais on ne saurait leur demander plus. Quant à l'habitus et au facies tuberculeux que décrivent tous les auteurs : teint blafard, peau sèche et ridée, yeux tristes et doux bordés de longs cils, toison se développant sur le dos et sur les membres, nous l'avons recherchée systématiquement, et ne l'avons rencontrée que d'une façon bien exceptionnelle : ils appartiennent surtout aux formes prolongées : Pollak l'avait d'ailleurs noté avant nous. Ce n'est que lorsque les enfants survivent un certain temps que ce facies et cet habitus peuvent se constituer : c'est donc le fait des nourrissons déjà âgés, et de formes chroniques. Le clinicien ne doit pas trop compter sur cet habitus spécial pour asseoir son diagnostic.

Aussi, le diagnostic, lorsqu'on disposait seulement des méthodes cliniques, était, chez le nourrisson, bien souvent en suspens : la tuberculose, à peine soupçonnée pendant la vie, était surtout une trouvaille d'autopsie.

Les méthodes de laboratoire, et surtout les réactions à la tuberculine, sont venues apporter au diagnostic une singulière précision.

MÉTHODES DE LABORATOIRE

A l'exception de la ponction lombaire nous ne les avons pas pratiquées : aussi, tout en sachant combien leur valeur est grande, nous contenterons-nous de les passer en revue d'une façon extrêmement rapide, renvoyant pour leur étude aux nombreux travaux qu'elles ont suscités,

La plus simple de toutes, la recherche des bacilles dans l'expectoration est souvent difficile, puisque les crachats ne sont pas rejetés : aussi faut-il, soit les prélever dans le pharynx, soit aller les recueillir dans l'estomac par un lavage pratique à jeun (Hutinel et Meunier), soit enfin rechercher les bacilles dans les fèces. Les deux premiers procédés, assez simples, donnent de bons résultats, mais seulement dans les tuberculoses pulmonaires ouvertes ; le troisième peut également déceler les bacilles provenant d'ulcérations intestinales. On devra, en cas d'échec de la bacilloscopie, pratiquer l'inoculation en cobaye.

L'étude du sérum des tuberculeux : séro-diagnostic,

recherche des précipitines, étude de la déviation du complément sont complexes et délicates et ne semblent pas devoir entrer dans la pratique courante.

Par contre, la radioscopie et la radiographie du thorax sont d'une application facile : elles permettent d'affirmer dans les cas douteux, l'existence de foyers pulmonaires, et surtout d'adénopathies trachéo-bronchiques, et de distinguer celles-ci des hypertrophies thymiques (d'Oelsnitz). Reste à déterminer leur nature, ce qui n'est pas toujours aisé.

ÉPREUVES TUBERCULINIQUES

L'emploi de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose du nourrisson date des premières publications de Koch, et M. Hutinel, en particulier, a montré tout le parti qu'on peut tirer de la sous-cuti-réaction chez le jeune enfant. Mais l'injection sous-cutanée de tuberculine est applicable seulement aux cas apyrétiques ; elle nécessite des prises de température multiples, et doit souvent être renouvelée à plusieurs reprises ; son innocuité n'est pas absolue ; aussi n'a-t-elle jamais été appliquée d'une façon courante.

Ce n'est que depuis la découverte de Von Pirquet de la cuti-réaction que la tuberculine a acquis une importance de premier ordre pour le diagnostic de la tuberculose chez les enfants du premier âge. L'oculo-réaction de Calmette et Wolff-Eisner est actuellement à peu près abandonnée ; quant aux autres réactions cutanées à la

tuberculine nous n'y avons pas eu recours, et nous en sommes tenus à la cuti-réaction pratiquée suivant la technique de Von Pirquet, c'est-à-dire avec la tuberculine brute : celle-ci nous était fournie par l'Institut Pasteur.

La démonstration de la valeur de la cuti-réaction n'est plus à faire. Les travaux de son promoteur et ceux, si nombreux, qu'ils ont provoqué, ont montré, d'une façon certaine, tout le crédit qu'il faut accorder à cette épreuve. Nos recherches n'ont fait que confirmer la très grande valeur, reconnue par la plupart des pédiâtres, de la C. R. chez le nourrisson. Pour l'interpréter clairement il convient de distinguer les cas où la réaction est négative et ceux où elle est positive.

A. — La réaction peut être *négative* chez le nourrisson infecté de tuberculose. La jeunesse du sujet, sans l'empêcher absolument de réagir, est certainement une condition défavorable : Paiseau et Tixier, avec l'intra-dermoréaction, ont trouvé 60 0/0 de réactions positives chez les nourrissons tuberculeux âgés de moins de trois mois, 77 0/0 de trois mois à deux ans. Notre proportion avant trois mois est la même : sur cinq de nos petits tuberculeux, dont le diagnostic fut vérifié à l'autopsie, trois réagirent, soit une proportion de 60 0/0. Entre trois mois et deux ans, la proportion fut de 37 à 2, soit 93 0/0.

L'état très *cachectique* du sujet, la généralisation des lésions peut entraver la réaction, qui disparaît souvent aux approches de la mort. Enfin, certaines *maladies*

intercurrentes ont une action empêchante : la rougeole, suspend son apparition d'une façon absolue (Von Pirquet) ; d'autres maladies infectieuses, scarlatine, fièvre typhoïde, paludisme aigu, diphtérie, broncho-pneumonie, érysipèle peuvent avoir sur la réaction une influence suspensive ou retardante temporaire (Moltchanoff, Paiseau et Tixier). Ces réserves faites, la cuti-réaction négative est un argument de premier ordre contre l'existence de la tuberculose : sans éliminer absolument ce diagnostic il doit obliger à faire à son égard les plus expresses réserves : la répétition à quelque temps d'intervalle de cuti-réactions qui restent négatives est d'un poids plus grand encore.

B.— La réaction *positive* a une valeur bien plus considérable. On a cité, et nous avons observé nous-même des cas où, après une cuti réaction positive, il était impossible de déceler une lésion tuberculeuse à l'autopsie : ces cas sont d'une interprétation délicate, car la tuberculose peut être occulte ; l'examen microscopique et l'inoculation sont nécessaires pour l'éliminer complètement. En tous cas, ces faits sont fort rares ; la cuti-réaction équivaut presque, suivant l'expression d'Oppert, à « une constatation anatomique *in vivo* », en révélant la présence d'un foyer tuberculeux dans l'organisme. Chez l'adulte, chez le grand enfant, la cuti-réaction positive n'a pas de signification plus étendue que celle-là : elle décèle dans l'organisme un foyer de tuberculose. Mais ce foyer est le plus souvent, comme l'ont démontré maintes statistiques, un foyer latent, et

n'altère en rien la santé de celui qui en est porteur. Une cuti-réaction positive ne doit être prise qu'en considération assez faible lorsque survient, chez un adulte ou chez un grand enfant, une affection dont il s'agit de déterminer la nature. Il n'en est pas de même chez le nourrisson : la tuberculose est toujours, ou presque toujours, chez lui une maladie évolutive et d'évolution rapide et grave : nous avons suffisamment insisté sur ce point en étudiant le pronostic. Aussi la constatation d'une cuti-réaction positive doit-elle faire rechercher, dans le tableau clinique que présente l'enfant, quels sont les symptômes que l'on doit attribuer à cette maladie évolutive.

C'est cette recherche que nous nous sommes surtout efforcés de faire, recherche souvent bien difficile, en raison des infections associées si fréquentes dans le milieu hospitalier. Nous n'avons pu souvent que poser des problèmes, et essayer de les résoudre sans leur donner une solution complète ; nous devons tout au moins à la cuti-réaction d'avoir pu en aborder l'étude, qui n'eût pas été possible avant son emploi.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XIII

Rachitisme. — Adénopathie trachéo-bronchique

Marguerite B..., seize mois. Consultation de nourrissons,
8 mars 1910.

Mère tuberculeuse. Nourrie au sein, puis au biberon.

Aucun trouble digestif, sauf constipation.

Toux quinteuse, coqueluchoïde, avec dyspnée.

Enfant pâle, ne marchant pas. Poids : 7020 grammes.
Thorax déformé avec chapelet costal. Tibia incurvé ; bour-
relet sus-malléolaire. Gros ventre flasque. Polyadénie.

Expiration prolongée et forte dans l'espace interscapulaire
gauche.

C. R. +.

OBSERVATION XIV

Adénopathie trachéo-bronchique. — Broncho-pneumonie

Édouard B..., deux ans Entré le 29 juin. Sorti le 8 juillet
1911.

L'enfant a eu la rougeole il y a quinze jours. Il présente,
avec une broncho-pneumonie et des symptômes d'adéno-
pathie trachéo-bronchique du côté droit, une otite double.

C.R. +.

OBSERVATION XV

*Adénopathie trachéo-bronchique. — Ichtyose. —
Méningite tuberculeuse terminale*

Serge B..., dix-sept mois. Entré le 8 mai 1911. Mort le 22 mai.

Mère ayant eu une tumeur blanche.

Nourri au sein. Rougeole à dix mois suivie de bronchite. Depuis entérite glaireuse.

A l'entrée, diarrhée verte. Ichtyose localisée à droite, de couleur noire. Adénopathie trachéo-bronchique droite avec congestion du sommet. Spléno-mégalie, hépato-mégalie. Légère micropolyadénie.

Ostéisme léger. Fièvre élevée, dépassant 39 degrés.

C. R. +.

14 mai. — Hémiplégie flasque droite.

Mort le 24 mai.

OBSERVATION XVI

Adénopathie trachéo-bronchique. — Rachitisme

Andrée C..., quatorze mois. Entrée le 12 mars. Sortie le 9 mai 1911.

Père mort tuberculeux.

Allaitement mixte. A eu la rougeole et la varicelle. Présente des symptômes d'adénopathie trachéo-bronchique, d'ostéisme et des troubles dyspeptiques.

C. R. +.

Réaction de Wassermann négative.

OBSERVATION XVII

Adénopathie trachéo-bronchique

Charles D..., deux ans. Entré le 6 mars. Sorti le 15 mars 1912.

Parents bien portants.

Nourri au biberon.

Amené pour des crises de dyspnée avec cyanose continue, mais avec paroxysmes. Tirage sous-sternal.

Submatité avec respiration bronchique sous la clavicule gauche. Souffle interscapulaire bilatéral. Rate grosse. Thymus paraît gros.

C. R. +.

OBSERVATION XVIII

*Adénopathie trachéo-bronchique. — Paralysie faciale
• périphérique. — Méningite terminale*

Henri D..., dix mois. Entré le 2 février. Mort le 1^{er} avril 1911.

Mère hérédo-spécifique. Père bien portant.

Allaitement au sein. A cinq mois, broncho-pneumonie. Somnolent et constipé depuis cinq semaines. Vomissements.

A l'entrée, température normale. Paralysie faciale périphérique. Submatité sous la clavicule gauche. Pas de troubles digestifs.

Maigrissement progressif, la température habituellement normale, ou basse, atteignant parfois 37°8-38°4. Quelques troubles dyspeptiques. Puis accentuation des signes pulmonaires ; sous la clavicule gauche, submatité plus accentuée qui s'étend dans la moitié gauche de l'espace interclaviculaire, où l'on entend une respiration rude avec

expiration prolongée. Sous la clavicule, inspiration bronchique et râles ronflants; puis râles muqueux qui envahissent finalement les deux bases: la fosse sus-épineuse gauche est alors submate et la respiration bronchique au hile gauche.

La paralysie faciale reste inchangée. Puis apparaissent, le 25 mars, des signes de pie-mérite avec grandes poussées thermiques.

Mort le 4^{er} avril.

C. R. +.

Autopsie.—Gros tubercules ramollis disséminés à la surface et dans le cerveau et le cervelet.

Caverne du sommet du poumon gauche avec semis de tubercules et broncho-pneumonie à la base.

A droite, tubercules disséminés. Broncho-pneumonie.

Ganglions trachéo-bronchiques caséifiés. Tubercule dans le rein gauche.

OBSERVATION XIX

Coryza. — *Adénopathie trachéo-bronchique.* — *Rachitisme*

Henriette P..., neuf mois. Entrée le 26 avril 1910. Sortie le 18 mai.

Père suspect de tuberculose. Allaitement artificiel.

Bronchite à six mois. Entre pour coryza avec fièvre (38°6).

Aucun trouble digestif. Adénopathie trachéo-bronchique. Cranio-tabes.

Pendant son séjour à l'hôpital l'enfant fait de la température constamment, d'abord au voisinage de 38 degrés; puis ascension et maintien pendant quelques jours autour de 39 degrés. Déferescence jusqu'à 37°5 et poussée analogue à la première. Quelques légers troubles digestifs ne coïncidant pas avec les poussées thermiques.

Amaigrissement de 950 grammes en vingt-deux jours.

C. R. +.

OBSERVATION XX

Adénopathie trachéo-bronchique. — Ostéisme

Berthe S..., huit mois. Entrée le 16 février. Sortie le 22 février 1911.

Parents bien portants. Nourri au sein.

Aucun trouble digestif.

Entre pour ecthyma.

Rachitisme léger, surtout thoracique et radial. Mégalosplénie.

Sous la clavicule gauche son sourd; respiration bronchique.

Aucun trouble digestif.

La température oscille entre 37 et 38°.

C. R. +.

OBSERVATION XXI

Adénopathie cervicale. — Tuberculose ganglio-pulmonaire avec caverne.

René S..., deux ans. Entré le 11 mai. Mort le 21 mai 1911.

Impétigo et pneumonie à un an. Adénopathie cervicale. Rate grosse.

Signes laryngés: voix cassée; toux éteinte. Mort au bout de dix jours.

C. R. +.

Autopsie. — Ganglions trachéo-bronchiques. Tuberculose pulmonaire avec cavernes aux deux sommets. Rien au larynx. Ganglions mésentériques énormes.

OBSERVATION XXII

Ostéisme léger. — Bronchite à répétition

Roger B..., dix mois. Vu le 24 mars 1912 à la Consultation de nourrissons.

Mère tousseuse. Allaitement mixte d'abord, puis biberon.

Diarrhée persistant depuis cinq mois.

Ostéisme léger : surtout cranio-tabes et épiphyses radiales élargies.

Quelques râles sibilants et ronflants.

C. R. +.

OBSERVATION XXIII

Adénopathie mésentérique probable. — Bronchite à foyers localisés

Léon C..., sept mois. Entré le 5 octobre. Sorti le 13 octobre 1910.

Pas d'antécédents héréditaires. Nourri au sein, puis au biberon.

Malade depuis un mois : toux, diarrhée jaune ; vomit depuis deux jours.

Gros ventre tympanique tendu. Submatité légère sous la clavicule gauche. Râles ronflants et sibilants discrets. A droite, respiration obscure au sommet, avec quelques râles muqueux.

Pendant les jours suivants pas de troubles digestifs. Température 37°2-37°4. Gagne 400 grammes.

C. R. douteuse, puis négative.

OBSERVATION XXIV

*Hérédosyphilis. — Bronchite. — Polyadénie. —
Orchite double*

Georges C..., treize mois. Entré le 12 janvier. Sorti le 6 février 1911.

Mère syphilitique ayant un Wassermann positif.

Nourri au sein. Bronchite à six semaines.

Effondrement du nez à trois mois ; coryza ayant duré quatre mois.

-Nombreux stigmates d'hérédosyphilis.

Wassermann positif. Testicules gros et durs. Submatité interscapulaire gauche. Quelques râles ronflants. Polyadénie. Aucun trouble digestif.

L'enfant a une température supérieure de 3-4 dixièmes à la normale le soir avec, à quatre reprises des clochers à 38 degrés. Il gagne cependant 280 grammes en dix-sept jours.

C. R. +.

OBSERVATION XXV

*Adénopathie trachéo-bronchite. — Bronchite asthmatiforme. —
Ostéisme léger*

Marc C..., six mois. Entré le 7 juin. Sorti le 12 juin 1910.

Parents bien portants. Nourri au sein sans troubles digestifs, sauf depuis quelques jours catarrhe intestinal léger.

Tousse depuis sa naissance. Dyspnée nocturne. Depuis un mois cornage. Enfant pâle, maigre (6 kg. 300). Ostéisme léger.

A droite, respiration légèrement diminuée avec quelques râles ronflants : submatité interscapulaire.

L'enfant est revu à plusieurs reprises de juin à novembre.

les signes d'adénopathie s'atténuent, mais la toux et les râles persistent et les déformations rachitiques s'accroissent.

L'enfant gagne seulement 1100 grammes (7 k. 200).

C. R. +, forte.

OBSERVATION XXVI

Bronchite légère

Eugénie D..., deux ans. Entrée le 19 mars. Sortie le 19 avril 1908.

Père fumeur. Nourrie au sein. A eu la rougeole. Ne marche pas. Tousse. Signes de bronchite légère. Fièvre. Catalogne. Impétigo.

C. R. +.

OBSERVATION XXVII

Bronchite légère. — Ostéisme

Germaine D..., vingt mois. Entrée le 7 mai. Sortie le 15 mai 1908.

Allaitement artificiel. Rougeole à cinq mois. Ne marche pas. Fontanelles ouvertes. Rachitisme généralisé léger. Pas d'hypertrophie de foie, rate, ganglions.

Sibilances disséminées.

C. R. +.

OBSERVATION XXVIII

Rachitisme. — Bronchite. — Dyspepsie gastro-intestinale

Marie-Louise D..., trois mois. Entrée le 19 avril. Morte le 1^{er} mai 1910.

Parents bien portants : Nourrie un mois au sein maternel, et depuis au biberon. Depuis quinze jours maigrit beaucoup et tousse.

20 avril. — Catarrhe intestinal ; cranio-tabes ; râles ronflants et sibilants. Température matinale 37°5, et vespérale 37°9.

Pendant les dix jours suivants :

Amaigrissement continu et progressif : perte de poids de 850 grammes. Troubles dyspeptiques peu intenses. Température se maintenant constamment au voisinage de 38 degrés, souvent au delà, atteignant 40 degrés les derniers jours.

C. R. —.

Autopsie. — Poumon : congestion diffuse avec légère induration du sommet. Apparence de tubercules, ainsi que dans le foie. Adénopathie trachéo-bronchique et mésentérique.

A l'examen microscopique on trouve quelques follicules tuberculeux sous-capsulaires dans le foie. Dans les ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques des placards caséux avec cellules géantes contenant de nombreux bacilles de Koch.

OBSERVATION XXIX

Bronchite avec congestion légère du sommet.

Ostéo-lymphatisme

René D..., deux ans. Entré le 23 mai. Sorti le 9 juin 1912.

Père tousseur. Nourri au sein, puis au biberon, sans troubles dyspeptiques.

Bronchite en janvier. Depuis on entend souvent un « sifflement » dans sa poitrine. Mal en train et tousse depuis quatre jours.

Râles ronflants et sibilants disséminés, puis submatité sous-claviculaire droite et diminution de la respiration : ces signes s'étendent ensuite à tout l'hémi-thorax, puis se localisent à nouveau au sommet.

Ostéisme; légère incurvation des tibias. Bronchite sus-malléolaire. Chapelet costal.

C. R. +.

OBSERVATION XXX

*Bronchite. — Catarrhe intestinal léger,
Ostéo-lymphatisme léger*

Gabriel F..., quinze mois. Entré le 30 mai. Sorti le 12 juin 1912.

Parents bien portants. Nourri au sein, puis au biberon. Habituellement constipé. A eu eczéma.

Actuellement vomissements et diarrhée. Toux. Bronchite.

Bourrelet sus-malléolaire. Fontanelle ouverte. Chapelet costal.

C. R. +.

OBSERVATION XXXI

Bronchite. — Ostéo-lymphatisme

Remi F..., sept mois. Entré le 29 avril. Mort le 17 mai 1910.

Parents bien portants. Nourri au biberon. Depuis deux mois bronchite. Maigrit (3 kgr. 500). Aucun trouble digestif. Température normale. Toux; râles sibilants, respiration longue et ronflante. Un peu de cornage. Végétations adénoïdes.

Puis poussées de fièvre jusqu'à 39 et 40 degrés. Diarrhée pendant les derniers jours. Perd 450 grammes.

C. R. +.

Autopsie. — Adénopathie trachéo-bronchique caséifiée. Caverne remplie de pus au sommet gauche. Granulations hépatiques.

OBSERVATION XXXII

Bronchite. — Rachitisme

Auguste G..., treize mois. Entré le 2 février. Sorti le 24 février 1910.

Mère tuberculeuse. Élevé au biberon, n'a présenté aucun trouble digestif. Depuis deux ou trois jours vomissements, toux, fièvre.

Bronchite légère.

Rachitisme: cranio-tabes, nodosités costales, bourrelet sus-malléolaire, élargissement du poignet.

C. R. +.

OBSERVATION XXXIII

Bronchite simple

Germaine G..., cinq mois. Entrée le 7 juin. Sortie le 14 juin 1910.

Mère tuberculeuse, père tousseur.

Nourrie au sein deux mois, puis au biberon.

Depuis quinze jours a des abcès sous-cutanés; aucun trouble digestif; tousse un peu.

Température 37°6, râles ronflants et sibilants, ronchus. Mégalo-splénie légère. Abcès sous-cutané. Pas de troubles digestifs. Bon état général.

Pendant les sept jours suivants, amaigrissement de 120 gr., et poussées thermiques à 37°2, 37°4, 38 avec rémissions à 37.

C. R. +.

OBSERVATION XXXIV

Bronchite

Eugène G..., deux ans. Entré le 28 janvier. Sorti le 7 février 1909.

L'enfant présente, avec des signes de bronchite, de l'adéno-pathie trachéo-bronchique.

C. R. +.

OBSERVATION XXXV

*Cachexie grasse. — Bronchite asthmatique, puis
broncho-pneumonie et méningite terminale*

Georges G..., huit mois. Entré le 20 janvier. Mort le 23 février 1911.

Parents bien portants. Nourri au sein jusqu'à l'âge de cinq mois, alimentation mixte depuis. N'a jamais eu de troubles digestifs. Tousse depuis un mois, et coryza depuis deux jours.

Enfant bouffi, gros et pâle, présentant écrasement de la racine du nez, déformations rachitiques légères du poignet et du thorax. Mégalo-splénie. Râles ronflants et sibilants prédominants à l'expiration. Selles dyspeptiques. Température 38°8.

C. R. + forte.

28 janvier. — Température 38 degrés. Toux bitonale. Matité dans les deux tiers inférieurs du poumon droit avec expiration sibilante prolongée; râles crépitants et muqueux à bulles fines à la base.

Respiration obscure sous la clavicule droite avec expiration sibilante prolongée. Épanchement pleural séro-fibrineux de la grande cavité à droite.

Pendant les jours suivants : hyperthermie (oscillations entre 37 et 39 degrés) et amaigrissement de 1 kgr. 430 en dix jours.

10 février. — Raideur de la nuque. Respiration irrégulière. Liquide céphalo-rachidien clair avec lymphocytose discrète.

15 février. — Raideur de la nuque. Foyer de broncho-pneumonie dans les deux poumons. Catarrhe intestinal. Température 38°7.

Jusqu'à la mort amaigrissement ; catarrhe intestinal ; oscillations thermiques entre 39 et 40 degrés.

Autopsie. — Poumons criblés de granulations. Adénopathie médiastine et mésentérique avec lésions caséuses. Hépato-mégalie avec stéatose, mégalo-splénie sans granulations visibles. Trois invaginations intestinales, sans réaction d'aucune sorte.

OBSERVATION XXXVI

Syphilis héréditaire. — Adénopathie trachéo-bronchique. — Ostéo-lymphatisme

Berthe G..., quinze mois. Consultation de nourrissons le 30 janvier. Sortie le 20 février 1912.

Née à huit mois et demi. Nourrie au biberon. Vomissements fréquents. Tousse souvent, surtout la nuit.

Fontanelle ouverte. Bourrelet sus-malléolaire. Chapelet costal. Signe du facial. Toux bitonale.

Examen des voies respiratoires négatif.

C. R. +. Wassermann positif.

6 février. — Submatité sus-claviculaire droite ; respiration bronchique et quelques râles ronflants à ce niveau. En arrière, quelques râles ronflants disséminés des deux côtés.

13 février. — Râles sibilants et muqueux disséminés.

18 février. — Les signes de bronchite ont disparu. L'enfant a gagné 400 grammes.

OBSERVATION XXXVII

Bronchite diffuse. — Rachitisme

Camille H..., un an. Entré le 20 février. Sorti le 23 février 1908.

Pas d'antécédents héréditaires. Élevé au biberon. Dyspepsie chronique. Actuellement amygdalite et adénoïdite banale. Bronchite généralisée. Rachitisme léger. Fièvre.

OBSERVATION XXXVIII

Bronchite

Lucienne H..., deux mois. Entrée le 1^{er} juin. Morte le 21 juin 1911.

Parents bien portants. Nourrie au biberon. Maigrit ; selles dyspeptiques depuis quinze jours. Tousse depuis deux ou trois jours.

A l'entrée râles de bronchite à gauche, avec souffle au bord antérieur du poumon. Selles dyspeptiques avec catarrhe intestinal et fièvre montant jusqu'à 38°4 ; puis, pendant dix jours, température normale ou hypothermie ; amaigrissement de 650 grammes (de 3 kgr. 550 à 2 kgr. 900), sans autre phénomène.

C. R. +.

Autopsie. — Pas d'adénopathies. Lésions de broncho-pneumonie banale de la base des deux poumons. Foie gras.

OBSERVATION XXXIX

Bronchite légère. — Ostéisme moyen

Marguerite K..., deux ans. Entrée le 8 juin. Sortie le 22 juin 1911.

Pas d'antécédents héréditaires. Nourrie au sein huit mois, puis au biberon.

Rougeole et coqueluche à six mois, suivies de toux persistante. Toujours chétive.

Bronchite très légère. Fontanelles ouvertes. Thorax déformé. Bourrelet sus-malléolaire.

Température entre 37 et 38 degrés, avec amaigrissement, sans troubles dyspeptiques.

Puis selles légèrement dyspeptiques, la température tendant d'ailleurs à la normale.

C. R. +.

OBSERVATION XL

*Bacillose ganglio-pulmonaire avec bronchite diffuse. —
Rachitisme léger. — Spina ventosa*

Annette L..., neuf mois. Entrée le 28 décembre. Morte le 16 janvier 1911.

Pas d'antécédents héréditaires. Nourrie au biberon.

Depuis un mois toux. Oppression depuis quelques jours. Pas de troubles dyspeptiques. Bronchite diffuse, prédominant à droite avec signes d'induration ganglio-pulmonaire droite. Polyadénie. Spina ventosa. Rachitisme léger.

Température oscillant d'abord au voisinage de 38 degrés, puis montant jusqu'à 39 et 40 degrés. Amaigrissement de 370 grammes avec à la fin catarrhe intestinal.

C. R. +.

Autopsie. — Adhéhérences pleurales: poumons semés de granulations. Caverne. Ganglions médiastinaux et mésentériques caséifiés. Tubercules dans la rate, le rein, le foie.

OBSERVATION XLI

Bronchite

Raymond M..., quatorze mois. Entrée le 22 décembre.
Sortie le 29 décembre 1910.

Pas d'antécédents héréditaires nets.

Élevé au sein. Depuis dix jours vomissements et diarrhée.
Rhino-pharyngite et otite.

Respiration ronflante.

Rachitisme léger. Gros foie. Grosse rate. Polyadénie
inguinale.

C. R. +.

OBSERVATION XLII

Dyspepsie gastro-intestinale. — Bronchite légère

Marguerite P..., treize mois. Entrée le 30 mars. Sortie le
2 avril 1910.

Antécédents héréditaires nuls. Nourrie au sein.

Depuis un mois respire mal ; respiration bruyante surtout
pendant le sommeil.

Bronchite généralisée légère. Selles un peu dyspeptiques.
Végétations adénoïdes.

C. R. +.

OBSERVATION XLIII

Atrophie simple. — Bronchite légère

Raymond P..., trois mois. Entrée le 2 juin. Sortie le 21 juin
1910.

Pas d'antécédents héréditaires. Allaitement mixte, puis
artificiel.

Enfant peu développé (3 k. 750) ; toux légère.

Quelques râles ronflants et sibilants. Selles mélangées.

La température reste normale, dépassant rarement 37 degrés.

Troubles digestifs légers. Le poids baisse encore de 310 grammes, puis remonte de 230. Les signes pulmonaires restent inchangés.

C. R. douteuse deux fois.

OBSERVATION XLIV

Bronchite diffuse. — Adénopathie trachéo-bronchique. — Rachitisme

Robert R..., deux ans. Entrée le 4 avril. Sortie le 6 août 1908.

Allaitement artificiel.

Bronchite diffuse avec signes d'adénopathie à gauche, persistant jusqu'en juillet. Fièvre à grandes oscillations. Rachitisme avec mégalo-splénie. Réflexes exagérés et catatonie.

C. R. +.

OBSERVATION XLV

Bronchite

Francis V..., sept mois.

Enfant élevé au sein, pesant 5870 grammes.

Bronchite.

C. R. +.

OBSERVATION XLVI

Broncho-pneumonie pseudo-lobaire

Marie-Louise A..., vingt mois. Entrée le 5 janvier. Sortie le 16 janvier 1911.

Pas d'antécédents héréditaires. Nourrie au sein. Malade depuis cinq jours : fièvres, puis vomissements et toux.

Température oscillant entre 39°4 et 40 degrés.

Submatité au sommet et base gauche en arrière, ainsi que sous la clavicule.

Souffle tubaire à la partie inférieure du poumon, râles muqueux à bulles fines sous la clavicule, respiration bronchique sous la clavicule.

La température descend progressivement à 37 degrés et s'y maintient. Selles normales.

C. R. +.

OBSERVATION XLVII

Broncho-pneumonie

André B..., huit mois. Entré le 26 septembre. Mort le 4^{er} octobre.

Parents bien portants. Nourri au sein, puis au biberon. A eu diarrhée verte, puis rougeole. Depuis toux persistante et oppression depuis quelques jours. Un peu de diarrhée.

Température 39°2. Râles fins disséminés des deux côtés. Respiration soufflante au sommet droit. Grosse rate.

La température se maintient entre 39 et 40 degrés.

C. R. +.

Autopsie. — Caverne pulmonaire. Lésions de broncho-pneumonie. Granulations grises sur poumons, foie, rate. Ganglions trachéo-bronchiques caséifiés. Lésions de rachitisme fruste au niveau des côtes.

OBSERVATION XLVIII

Broncho-pneumonie

Louise B..., treize mois. Entrée le 13 juin. Sortie le 11 juillet 1911.

Broncho-pneumonie, suite de rougeole.

C. R. +.

OBSERVATION XLIX

Broncho-pneumonie. — Dyspépsie

Suzanne B..., trois mois. Entrée le 8 mars. Morte le 8 avril 1910.

Pas d'antécédents héréditaires. Nourrie au biberon.

Température 39°1. Selles dyspeptiques. Foyer de râle muqueux à la base droite en arrière. Respiration soufflante.

La température s'abaisse et reste au-dessous, puis aux environs de 38 degrés, et s'abaisse progressivement jusqu'à 36 degrés au moment de la mort. Le foyer pulmonaire donne constamment les mêmes signes. Poussées de catarrhe intestinal. Amaigrissement (de 4 kgr. 260 à 3 kgr. 420).

C. R. d'abord —, puis franchement +.

Autopsie. — Granulie hépatique splénique pulmonaire avec, dans le lobe inférieur du poumon droit, une masse caséuse grosse comme un pois.

Ganglions trachéo-bronchiques caséux et ramollis.

OBSERVATION L

Tuberculose ganglio-pulmonaire avec broncho-pneumonie.

— Rachitisme

Louis C..., seize mois. Entré le 2 février. Mort le 6 mai 1910.

Père tuberculeux. Élevé au biberon.

A eu rougeole en décembre. Depuis touse toujours.

Rachitisme marqué.

Toux coqueluchoïde et toux bitonale. Cornage expiratoire. Souffle bronchique à la partie moyenne du poumon droit ;

matité et souffle au sommet droit. Signes de broncho-pneumonie à la base du même côté, qui régressent peu à peu.

Température d'abord entre 37 et 38 degrés, monte aux environs de 39 degrés et au-dessus.

Mort en état cachectique.

C. R. +.

OBSERVATION LI

Broncho-pneumonie

Madeleine A..., seize mois. Entrée le 16 avril. Sortie le 6 mai.

Père ayant une bronchite chronique. Élevée au sein. Rougeole et coqueluche. Toux et fièvre depuis un mois.

Broncho-pneumonie gauche : souffle tubaire avec râles muqueux.

C. R. +.

OBSERVATION LII

Broncho-pneumonie. — Adénopathie. — Ostéisme léger

Jean C..., quatre mois. Entré le 7 juin. Mort le 20 juin 1911.

Mère probablement tuberculeuse. Élevé au biberon sans troubles digestifs. Depuis quelques jours catarrhe intestinal. Toux. Secousses convulsives.

Examen. — Foyers de broncho-pneumonie au niveau des bases. Matité interscapulaire. Chapelet costal. Léger bourrelet sus-malléolaire. Signes d'irritation méningée.

La température se maintient aux environs de 40 degrés. Les selles sont d'abord normales, puis catarrhales.

C. R. +.

Autopsie. — Adénopathie trachéo-bronchique peu volumineuse. Poumon droit congestionné. Infiltration granulique de la base et tubercule partiellement caséifié gros comme une noisette à la partie moyenne du poumon droit.

OBSERVATION LIII

Broncho-pneumonie

Carmen C..., cinq mois. Entrée le 29 juillet. Sortie le 8 août 1910.

Pas d'antécédents héréditaires. Élevée au biberon. A eu de la diarrhée.

Broncho-pneumonie à foyers multiples.

Cranio-tabes. Selles normales. La température d'abord à 40 degrés redescend en quelques jours à 37-37°4.

C. R. +.

OBSERVATION LIV

Broncho-pneumonie

Henri D..., quinze mois. Entré le 21 avril. Sorti le 7 mai 1909.

Pas d'antécédents héréditaires. Nourri au sein. Malade depuis quelques jours. Signes de broncho-pneumonie. La température, après avoir oscillé quelques jours entre 39 et 40 degrés, redescend en lysis à la normale et s'y maintient.

C. R. +.

OBSERVATION LV

Broncho-pneumonie

Frédéric G..., deux ans. Entré le 6 mai. Mort le 17 juillet 1909.

Signes de broncho-pneumonie et d'adénopathie trachéo-bronchique.

Cachexie tuberculeuse progressive et mort.

C. R. +.

Pas d'autopsie.

OBSERVATION LVI

*Broncho-pneumonie. — Adénopathie trachéo-bronchique.
Rachitisme*

Madeleine G..., vingt mois. Entrée le 25 avril. Morte le 12 mai 1912.

Parents bien portants. Élevée au sein, puis biberon. Soignée à l'âge de six mois pour broncho-pneumonie et rachitisme. Depuis toussé souvent. A dix-huit mois, rougeole et nouvelle broncho-pneumonie. Depuis toussé, maigrit, vomit.

Foyers de broncho-pneumonie multiples, surtout localisés à droite. Respiration bronchique du hile droit.

Rate grosse. Bourrelet sus-malléolaire. Chapelet costal. Gros foie.

C. R. douteuse.

OBSERVATION LVII

Broncho-pneumonie

Marcelle H..., onze mois. Entrée le 15 juin. Sortie le 21 juin 1910.

Parents bien portants. Allaitée au sein. Aucun trouble digestif antérieur. Depuis huit jours agitée. Refuse le sein.

Foyer de râles muqueux à bulles fines aux deux bases. Selles dyspeptiques, avec léger catarrhe intestinal.

La température, d'abord à 39-39°2, s'abaisse presque à la normale, en même temps que s'amendent les signes pulmonaires.

C. R. +.

OBSERVATION LVIII

*Broncho-pneumonie. — Troubles gastro-intestinaux
secondaires*

André K..., quatre mois. Entré le 27 août. Mort le 22 septembre 1910.

Mère tuberculeuse? Nourri au biberon. Depuis trois ou quatre jours fièvre et toux, puis oppression.

Petit foyer de râles muqueux à droite, avec température un peu au-dessus de 38 degrés, qui revient presque à la normale en même temps que les signes physiques disparaissent. Mais l'amaigrissement persiste.

Nouvelle poussée thermique à 38°2 avec diarrhée qui diminue, puis reprend : le foyer de râles réapparaît et la température monte jusqu'aux environs de 40 degrés. Mort après perte de poids de 1.130 grammes.

C. R. +.

Autopsie. — Un ganglion trachéo-bronchique caséifié. Broncho-pneumonie diffuse en voie de guérison. Foie gras.

OBSERVATION LIX

Broncho-pneumonie. — Ostéite

Hélène L..., quinze mois. Entrée le 12 juillet. Mort le 21 juillet.

Parents bien portants. Élevée au biberon sans troubles digestifs. Rougeole récente avec infections multiples.

Broncho-pneumonie : respiration soufflante et râles muqueux sur toute la hauteur du poumon droit. A la base gauche respiration un peu soufflante. Dyspnée très intense.

Réaction méningée. Catalepsie trémulante.

Ostéite du troisième métacarpien gauche.

Température d'abord subnormale, s'élevant progressivement jusqu'aux environs de 40 degrés. Mort le 24 juillet.

C. R. +.

OBSERVATION LX

Broncho-pneumonie chronique. — Méningite

Paul L..., deux ans. Entré le 9 juin. Mort le 24 août.

A eu coqueluche et rougeole.

Broncho-pneumonie chronique.

Fait du purpura gangréneux et des abcès sous-cutanés multiples. Méningite terminale.

C. R. +.

Autopsie. — Broncho-pneumonie tuberculeuse. Pie-mérite tuberculeuse. Granulations dans le foie et la rate.

OBSERVATION LXI

Broncho-pneumonie. — Rachitisme

Judicaire L..., dix-sept mois. Entré le 20 juillet. Sorti le 9 septembre.

Parents bien portants.

Fait une broncho-pneumonie à rechutes et est envoyé à Médan.

Cranio-tabes.

C. R. +.

OBSERVATION LXII

Broncho-pneumonie. — Ostéisme

Édith L..., huit mois. Entrée le 19 mai. Sortie le 8 juin 1910.

Parents bien portants. Élevée au biberon. Rougeole récente.

Broncho-pneumonie pseudo-lobaire à la base gauche.

Rachitisme: cranio-tabes, chapelet costal, bourrelet mal-léolaire.

Adénopathies axillaires et iliaques à gauche. Léger catarrhe intestinal.

La température oscille aux environs de 38 et 39 degrés, et s'élève les derniers jours au-dessus de 40 degrés.

Amaigrissement de 870 grammes.

C. R. +.

OBSERVATION LXIII

*Broncho-pneumonie. — Adénopathie trachéo-bronchique.
Catarrhe gastro-intestinal*

Roger L..., onze mois. Entré le 8 avril. Mort le 17 avril 1910.

Parents bien portants. Au sein un mois, puis au biberon. Coqueluche en janvier. Depuis un mois diarrhée, amaigrissement.

Broncho-pneumonie avec ramollissement du sommet droit, induration du gauche. Catarrhe intestinal vert.

La température oscille aux environs de 39 degrés.

C. R. +.

Autopsie. — Grosse adénopathie trachéo-bronchique caséifiée à droite. Rien au sommet du poumon gauche. A droite, nodules et granulations tuberculeuses sans ramollissement. Congestion des deux bases.

OBSERVATION LXIV

Broncho-pneumonie. — Entérite

Robert L..., deux ans. Entré le 25 mai, sorti le 23 juin 1911.

Nourri au biberon, mal réglé. A eu récemment la rougeole.
Broncho-pneumonie de la base gauche. Entérite catarrhale,
pyodermite.

C. R. +.

OBSERVATION LXV

Broncho-pneumonie. — Mal de Pott

Lucien M..., deux ans. Entré le 2 avril, sorti le 13 mai 1908.

Parents bien portants.

Nourri au sein.

Tumeur blanche du genou à huit mois.

Broncho-pneumonie double à foyers disséminés, prédominante à gauche. Mal de Pott.

C. R. +.

OBSERVATION LXVI

Broncho-pneumonie

Marcel M..., cinq mois. Entré le 6 août, mort le 15 août 1910.

Parents bien portants.

Au sein un mois, puis biberon. A eu entérite et bronchite.
Vomit.

Broncho pneumonie à foyers multiples, surtout à gauche :
souffles et râles muqueux. Râles de bronchite disséminée.

Toux bitonale.

La température d'abord à 39 degrés se maintient ensuite à
37°8, puis monte en fusée avant la mort, 40°4, puis 41°6.

C. R. +.

Autopsie. — Foyers multiples de broncho pneumonie ; pus
dans les bronchioles.

Petite adénopathie trachéo-bronchique.

OBSERVATION LXVII

Broncho-pneumonie. — Méningite

André M..., un an. Entré le 6 juin, mort le 15 juillet.

Mère tuberculeuse.

Nourri au sein. Bronchite à trois mois. Tousse depuis quinze jours. Convulsions.

Râles muqueux à bulles fines à gauche, en avant des deux côtés en arrière. Toux coqueluchoïde.

Plusieurs crises convulsives.

Ponction lombaire : lymphocytose.

C. R. +.

Autopsie. — Hydropisie des ventricules cérébraux, avec pus entre les pédoncules et le long des scissures. Granulations de la face convexe.

Poumon droit : plusieurs tubercules crétacés.

Broncho-pneumonie du sommet.

Poumon gauche : base congestionnée.

Ganglions trachéo-bronchiques crétacés.

Granulations spléniques et hépatiques.

OBSERVATION LXVIII

Broncho-pneumonie. — Pleurésie purulente

Jeanne M..., deux ans. Entrée le 16 février, morte le 7 mars 1911.

Père tuberculeux.

Allaitée au sein.

Soignée il y a deux mois pour dyspepsie et rachitisme. Coqueluche il y a trois mois.

Submatité et râles muqueux à droite, signes d'épanchement à gauche, en arrière.

Foie un peu gros, rate grosse.

Purpura abdominal terminal.

Température à oscillations croissantes, dépassant 39 degrés.

C. R. +.

Autopsie. — Broncho-pneumonie à foyers multiples. Épanchement purulent peu abondant de la plèvre gauche.

OBSERVATION LXIX

Ostéisme. — Broncho-pneumonie

René M..., sept mois. Entré le 1^{er} janvier, sorti le 29 janvier 1910.

Broncho-pneumonie. Toux bitonale.

Ostéisme avec craniotabes.

Splénomégalie.

C. R. +.

Autopsie. — Ganglions caséux du médiastin. Broncho-pneumonie à foyers multiples. Endocardite végétante.

OBSERVATION LXX

Broncho-pneumonie. — Rachitisme

Jean O..., huit mois. Entré le 7 novembre, sorti le 16 novembre 1910.

Parents bien portants.

Nourri au sein, pas de troubles digestifs. Tousse depuis trois semaines. Vomit depuis huit jours. A la base droite râles muqueux fins. Ostéisme léger. Colite glaireuse.

La température d'abord à 39°2, revient à la normale, et l'enfant sort guéri en apparence, ayant gagné 130 grammes (poids 7 kg. 850).

On ramène l'enfant le 25 novembre : râles ronflants et disséminés ; température aux environs de 38 degrés. Puis retour à la normale avec nouveau gain de poids (8 kg. 170).

C. R. +.

OBSERVATION LXXI

Broncho-pneumonie

Léon Q... quatorze mois. Entré le 27 juillet, sorti le 18 août 1911.

Symptômes de broncho-pneumonie et de bronchite capillaire avec adénopathie trachéo-bronchique droite.

Évolution favorable.

C. R. +.

OBSERVATION LXXII

Broncho-pneumonie. — Réaction méningée

R... Yvon, neuf mois. Entré le 12 avril, mort le 13 avril 1910.

Enfant allaité artificiellement. Broncho-pneumonie à noyaux disséminés, à droite. Réaction méningée.

Mort au bout de dix-huit heures.

Autopsie. — Dans toute la hauteur du poumon droit multiples noyaux de broncho-pneumonie. Pus dans les bronches. Au sommet et à la partie moyenne masses grisâtres, ramollies au centre. Adhérences pleurales. Ganglions bronchiques hypertrophiés, mais non caséux.

OBSERVATION LXXIII

Broncho-pneumonie

Alphonse T..., deux ans. Entré le 22 juin, sorti le 13 juillet 1911.

Père mort tuberculeux.

A eu la rougeole, la varicelle. Tousse depuis six mois.

Respiration diminuée sous la clavicule gauche. Foie hypertrophié.

C. R. +.

OBSERVATION LXXIV

Broncho-pneumonie

Marcel T..., deux ans. Entré le 27 février, mort le 21 mars 1908.

Parents bien portants.

Allaitement artificiel, diarrhée, puis bronchite.

Foyer de broncho-pneumonie à la base gauche.

Rachitisme tibial épiphysaire. Rougeole.

C. R. +.

OBSERVATION LXXV

Broncho-pneumonie

Marcelle T..., cinq mois. Entrée et décédée le 13 octobre 1910.

Enfant morte quelques heures après son entrée, avec des symptômes de broncho-pneumonie.

Autopsie. — A gauche broncho-pneumonie disséminée ; à droite cavernes du lobe moyen ; nombreux tubercules caséux du lobe supérieur. Ganglions médiastinaux et mésentériques caséux. Nombreux tubercules spléniques et rénaux. Foie cardiaque. Ulcérations intestinales.

OBSERVATION LXXVI

Broncho-pneumonie pseudo-lobaire

Germaine V..., dix mois. Entrée le 6 février, morte le 7 mars.

Père toussEUR.

Allaitement mixte. Toux et fièvre depuis quelques jours. Entre à la crèche avec le diagnostic de pneumonie : signes d'infiltration massive du côté droit.

Fièvre continue, rémittente, au voisinage de 39 à 40 degrés, puis de 39 à 38 degrés pendant une quinzaine, avec légers troubles dyspeptiques. Puis fièvre à grandes oscillations et catarrhe intestinal. Les signes pulmonaires restent fixes. C. R. négative.

Autopsie. — Adénopathies mésentériques et trachéo-bronchique avec ramollissement. Infiltration tuberculeuse massive des deux lobes inférieurs du poumon droit. Quelques tubercules au sommet droit.

OBSERVATION LXXVII

Broncho-pneumonie. — Rachitisme

André V..., vingt et un mois. Entré le 8 décembre 1909, mort le 30 janvier 1910.

Mère probablement tuberculeuse.

A onze mois coqueluche.

Ecthyma du dos et de la face.

Adénopathies cervicales. Rachitisme léger.

Broncho-pneumonie de la base gauche avec râles muqueux fins. Température très irrégulière.

Nombreux abcès sous-cutanés. Cachexie extrême. Mort.

C. R. +.

Autopsie. — Tuberculose pulmonaire et ganglions trachéo-bronchiques. Ulcération tuberculeuse de l'intestin.

OBSERVATION LXXVIII

Broncho-pneumonie

Maurice V..., deux ans. Entré le 29 février, mort le 17 avril 1912.

Nourri au sein. Rougeole il y a six semaines.

Ecthyma hémorragique térébrant. Coryza ulcéro-croûteux.

Broncho-pneumonie double à noyaux disséminés. Adénopathie trachéo-bronchique à droite.

C.R. +.

OBSERVATION LXXIX

Adénite cervicale et trachéo-bronchique
Infiltration du sommet

Gabriel C..., onze mois. Entré le 24 mai, mort le 28 mai 1910.

Parents bien portants.

Nourri au biberon. Adénites suppurées du cou depuis janvier. Toux et dyspnée depuis quinze jours.

Induration du sommet droit.

Bruit de spasme glottique empêchant l'auscultation.

Toux bitonale.

Adénite suppurée du cou avec fistule.

La température oscille jusqu'à la mort entre 39°5 et 38°5.

Convulsions.

C.R. +.

Autopsie. — Sommet du poumon droit infiltré de pus avec masse caséuse. Congestion à base, ainsi qu'à base gauche.

Volumineuse adénopathie trachéo-bronchique, dont l'ensemble a un volume au moins égal à celui du cœur. Trois ou quatre ganglions complètement suppurés, entourant surtout

la naissance des artères nées de la crosse aortique. Ganglions mésentériques calcifiés.

OBSERVATION LXXX

Pleurésie purulente

Marcel B..., deux ans. Entré le 27 janvier, passé en chirurgie le 31 mars 1911.

Pleurésie purulente à tétragènes de la grande cavité droite : on retire par ponction 60 centimètres cubes de liquide purulent. Induration ganglio-pulmonaire du sommet droit.

C.R. +.

OBSERVATION LXXXI

Broncho-pneumonie prolongée. — Rachitisme *Abcès sous-cutanés*

Louis G..., neuf mois. Entré le 24 mars, mort le 14 mai 1910.

Parents bien portants.

Nourri au biberon. A présenté des troubles digestifs graves, dont il s'est mal remis.

Toux, oppression, fièvre depuis quelques jours.

Rachitisme. Pyodermite.

Broncho-pneumonie du côté gauche avec état fébrile très accentué et prolongé.

C.R. +.

OBSERVATION LXXXII

Épanchement pleural. — Condensation pulmonaire

André L..., onze mois. Entré le 27 avril, sorti le 6 mai 1911.

Mère peut-être tuberculeuse.

Nourri au sein. A toujours toussé. Fièvre et oppression depuis quelques jours.

Matité sous-claviculaire à droite.

En arrière, à droite, signes d'épanchement.

Ponction exploratrice : liquide séro-purulent.

L'épanchement se résorbe : il reste au sommet une respiration bronchique.

La température d'abord aux environs de 38 degrés, revient à la normale et s'y maintient. Pas d'amaigrissement.

C. R. +.

OBSERVATION LXXXIII

Pleurésie purulente

Daniel M..., treize mois. Entré le 14 janvier, passé en chirurgie le 21 janvier 1910.

Parents bien portants.

Signes d'épanchement dans toute la hauteur du poumon gauche ; à la ponction pus bien lié, contenant du pneumocoque.

C. R. +.

OBSERVATION LXXXIV

Pleurésie purulente. — Broncho-pneumonie

Maurice O..., onze mois. Entré le 29 mai, sorti le 21 juillet 1911.

Parents bien portants.

Nourri au sein six mois, puis biberon.

Toux et dyspnée depuis trois jours.

Signes d'épanchement et de broncho-pneumonie du côté droit. La ponction retire 60 centimètres cubes de liquide

séro-purulent. Les signes de condensation pulmonaire se maintiennent pendant plusieurs semaines.

La température d'abord entre 39 et 38 degrés s'abaisse, puis remonte au voisinage de 40 degrés et redescend enfin à la normale : des troubles gastro-intestinaux apparus secondairement coïncident avec les poussées thermiques.

Une dernière ponction reste blanche.

C. R. +.

OBSERVATION LXXXV

Tuberculose du sommet

Robert B..., six mois. Entré le 4 janvier, sorti le 26 janvier 1912.

Parents bien portants. Une tante morte de tuberculose il y a deux mois.

Nourri au biberon.

Crises de dyspnée avec cyanose. Tirage sous-sternal.

Souffle interscapulaire.

Matité presque absolue sous la clavicule gauche.

C. R. +.

OBSERVATION LXXXVI

Bacillose du troisième degré au sommet droit. — Cachexie profonde

Juliette D..., dix-huit mois. Entrée le 3 mai, morte le 13 mai 1911.

Père tuberculeux, mère suspecte de tuberculose.

Enfant nourrie au biberon, mal réglée, malade depuis cinq mois.

Elle maigrit, touse, présente des ganglions.

7 mai. — Température 37°8. Athrepsie marquée. Micropo-

lyadénie. Adénite préauriculaire. Absès sous-cutanés multiples. Aucun symptôme abdominal.

Souffle tubaire à timbre cavitaire dans les fosses sus et sous-épineuses du côté droit; matité sous la clavicule droite; quelques râles disséminés dans le poumon droit. Fontanelles largement ouvertes, bosses pariétales saillantes.

C. R. +.

R. W. +.

Pendant les jours suivants, hyperthermie vespérale à 38 et 39 degrés et au delà, sans troubles digestifs, l'enfant ayant perdu 450 grammes en huit jours.

Autopsie. — Pleurésie interlobaire et caverne pulmonaire. Présence de bacilles de Koch.

Adénopathie trachéo-bronchique et mésentérique.

OBSERVATION LXXXVII

Congestion pulmonaire

Nicolas G..., deux ans. Entré le 3 février, sorti le 20 février.

Pas de maladie antérieure. Élevé au sein jusqu'à dix-sept mois. Depuis quinze jours fièvre, toux, fatigue, plus accentuées depuis deux jours.

Submatité et râles muqueux à bulle fine sous la clavicule et à la base gauche.

C. R. +.

OBSERVATION LXXXVIII

Tuberculose ganglio-pulmonaire. — Gommès. — Rachitisme

Germaine G..., vingt et un mois. Entrée le 24 juillet, sortie le 2 septembre 1911.

Rougeole il y a six semaines.

Syndrome ostéo-lymphatique.

Micropolyadénie et gommes sous-cutanées disséminées.

Tuberculose ganglio-pulmonaire des deux sommets.

C. R. +.

OBSERVATION LXXXIX

Adénopathie trachéo-bronchique

Maurice L..., un an. Entré le 3 mai 1910, sorti le 23 mai.

Enfant infecté : otite moyenne, impétigo, kératite phlycténulaire. Ostéisme léger.

Adénopathie trachéo-bronchique : respiration bronchique bilatérale avec submatité au sommet gauche, sous la clavicule

C. R. +.

OBSERVATION XC

Induration ganglio-pulmonaire du sommet droit.—Bronchite

Jeanne-L. F..., six mois. Entrée le 8 mars 1911, morte le 24 avril.

Parents bien portants. Nourrie au biberon. Convulsions depuis trois semaines ; pas de troubles gastro-intestinaux. Submatité dans la fosse sus-épineuse droite, avec respiration bronchique. Résistance au doigt et submatité avec respiration bronchique sous la clavicule droite.

Râles ronflants et sibilants prédominants au sommet droit. Voix bitonale. Éruption miliaire rouge, compliquée de pyodermite pustuleuse. Température 37° 3.

C. R. +.

11 mars. — Matité et souffle à la base droite sans râles ; ponction blanche. Amaigrissement de 220 grammes depuis l'entrée à l'hôpital. Température 37° 4.

Jusqu'à la mort, persistance des signes respiratoires ; selles

dyspeptiques; amaigrissement peu marqué. Hyperthermie continué avec oscillations entre 38 et 39 degrés ou au-dessous avec ascensions brusques en fusée à 40 degrés.

Autopsie. — Tubercules sur toute l'étendue des deux poumons, le foie, la rate. Ganglions trachéo-bronchiques caséifiés ainsi que les ganglions mésentériques.

OBSERVATION XCI

Pleurésie interlobaire avec infiltration tuberculeuse

Madeleine P..., neuf mois. Entrée le 18 mai, sortie le 21 mai 1912.

Enfant malade depuis trois mois, toussant, d'une maigreur cachectique, présentant les signes d'une cavité à la base du poumon gauche. Ces signes sont en réalité des signes pseudo-cavitaires, ainsi que le démontre l'autopsie.

C. R. —

Autopsie. — Pleurésie interlobaire gauche avec infiltration tuberculeuse périphérique.

OBSERVATION XCII

Broncho-pneumonie caséuse

Marcelle P..., un an. Entrée le 19 novembre, morte le 19 décembre 1910.

Mère probablement tuberculeuse.

Élevée au biberon. Tousse et maigrit depuis trois semaines.

Souffle lombaire et voilé du côté droit. Râles muqueux à gauche. Ces signes restent stationnaires pendant une dizaine de jours : puis ils sont remplacés par un souffle bronchique bilatéral accompagnés de râles muqueux à bulles fines et moyennes. La température oscille d'abord entre 39 et 40 degrés

puis entre 38 et 39 degrés et remonte le soir aux environs de 40 degrés.

Troubles digestifs tardifs et minimes.

C. R. +.

Autopsie. — Broncho-pneumonie tuberculeuse typique avec cavernes de la partie moyenne des deux poumons. Adéno-pathie trachéo-bronchique. Foie semé de granulations.

OBSERVATION XCIII

Tuberculose ganglio-pulmonaire. — Rachitisme Spasmophilie

Marcelle R..., six mois. Entrée le 15 février, morte le 17 mars 1911.

Parents bien portants. Nourrie au biberon.

A l'entrée, ne présente ni signes digestifs, ni signes pulmonaires : rachitisme très accentué avec fractions rachitiques multiples. Léger signe du facial.

Wassermann négatif.

L'enfant maigrit progressivement et perd, sur 4.150 grammes, 780 grammes en douze jours : température entre 38 et 39 degrés, descendant parfois à 37 degrés : quelques poussées fébriles plus fortes coïncidant avec catarrhe intestinal qui s'installe et s'accroît. Puis apparaissent des signes pulmonaires, râles ronflants à gauche, signes de condensation à droite avec respiration bronchique interscapulaire. La courbe thermique se maintient irrégulière aux environs de 38 à 39 degrés jusqu'à la mort.

C. R. +.

Autopsie. — Tuberculose généralisée avec caverne du sommet droit. Ganglions mésentériques caséifiés, médiastinaux ramollis.

OBSERVATION XCIV

Infiltration pulmonaire. — Rachitisme

Gilberte T..., vingt-deux mois. Entrée le 22 mai, sortie le 23 juin 1909.

Pas d'antécédents héréditaires. Élevée au sein sans trouble digestif. Rougeole et varicelle suivies de broncho-pneumonie.

Toux et sueurs abondantes. Aucun trouble digestif, mais amaigrissement. Rachitisme marqué.

Submatité sous la clavicule et à la base gauche. Râles ronflants et sibilants du même côté. Un peu plus tard apparaissent à la base du souffle et des râles humides.

La température ne dépasse 37 degrés que de quelque dixièmes.

C. R. +.

OBSERVATION XCV

Dyspepsie avec catarrhe intestinal intermittent. — Athrepsie

Madeleine Ch..., trois mois. Entrée le 18 août, morte le 18 novembre 1910.

Père tousseur. Nourrie au biberon, mal réglée. Vomit depuis quatre à cinq jours et maigrit beaucoup : poids 2.850 grammes.

Aspect athrepsique. Ventre dilaté.

Selles mélangées. Quelques râles sibilants. Pendant un mois : troubles dyspeptiques peu intenses, selles mélangées ; une seule fois catarrhe intestinal. La température, normale, présente quelques crochets à 37°5-37° , sans autre symptôme.

Le poids diminue de 500 grammes, malgré le peu d'intensité des troubles digestifs.

Le mois suivant les troubles digestifs s'amendent, le poids se relève de 820 grammes ; la température dépasse plus

souvent 37, et monte plusieurs fois à 38 degrés, 38°5 et même 39 degrés.

Enfin le dernier mois fièvre intermittente à grandes oscillations, troubles digestifs intenses, amaigrissement (dernier poids : 2 k. 250).

C. R. —.

Autopsie. — Adénopathie trachéo-bronchique. Granulations grises du poumon et de la rate. Rien à l'intestin.

OBSERVATION XCVI

Dyspepsie chronique. — Rachitisme

Lucienne F..., deux ans. Entrée le 9 mars, sortie le 9 avril 1908.

Père et mère morts tuberculeux. Allaitement artificiel.

L'enfant entre pour de la perte d'appétit, de la diarrhée, de l'amaigrissement. Légers signes de rachitisme.

L'enfant s'améliore et gagne 1.040 grammes en un mois.

C. R. +.

OBSERVATION XCVII

Dyspepsie. — Adénopathie trachéo-bronchique. Méningite tuberculeuse

Berthe F., un an. Entrée le 4 mars, morte le 15 mars.

Père atteint de bronchite chronique.

Alimentation mal réglée.

Vomit. Constipation. Adénopathie trachéo-bronchique droite. Bon aspect général.

Au bout de quelques jours somnolence, phénomènes vasomoteurs intenses, strabisme, paralysie du récurrent. Mort au bout de cinq jours.

C. R. +

D. Mantoux

0

Autopsie. — Rien au poumon. Grosse masse caséuse trachéo-bronchique droite.

Pie-mérite : exsudat fibrineux avec granulations à la base et dans la vallée sylvienne.

OBSERVATION XCVIII

Dyspepsie gastro-intestinale. — Atrepsie

Maurice L..., deux mois. Entré le 16 janvier, mort le 20 janvier 1911.

Mère probablement tuberculeuse. Nourri au sein quinze jours, puis au biberon. Bien réglé.

Depuis un mois début par troubles gastro-intestinaux minimes : diarrhée, vomissements. Fièvre. Amaigrissement : poids 2 k. 650.

C. R. +.

Autopsie. — Pas de lésion macroscopique de rein, foie, rate, cerveau.

Poumon : congestion intense des bases et du sommet droit sans granulation tuberculeuse.

Ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques très hypertrophiés, mais sans lésion tuberculeuse macroscopique.

OBSERVATION XCIX

Dyspepsie gastro-intestinale avec catarrhe récent.

Adénopathie trachéo-bronchique

Marcel L..., neuf mois. Entré le 17 février, sorti le 23 février 1910.

Élevé au sein.

Selles mélangées. Rachitisme thoracique et malléolaire.

Expiration soufflante dans l'espace interscapulaire gauche.

La température se maintient aux environs de 38 degrés.
Amaigrissement de 230 grammes (poids à la sortie 6120).
C. R. +.

OBSERVATION C

Dyspepsie

Robert M..., onze mois. Entré le 18 avril, mort le 24 avril.
Parents suspects de syphilis.
Nourri au sein jusqu'à neuf mois.
Symptômes de dyspepsie gastro-intestinale. Convulsions.
C. R. —.

Autopsie. — Ganglion caséux au hile droit. Granulations pulmonaires et pleurales, ainsi que dans la rate. Granulations le long de la sylvienne avec exsudat fibrino-purulent.

OBSERVATION CI

Troubles gastriques légers.

Charles M..., deux ans. Entré le 20 février, sorti le 22 février 1912.
A eu la diphtérie et la varicelle. Maussade depuis quinze jours. Vomit depuis deux jours.
C. R. +.

OBSERVATION CII

Constipation

André G..., deux ans. Entré le 11 juin, sorti le 18 juin 1908.
Haleine acétonémique. Examen somatique négatif.
C. R. +.

OBSERVATION CIII

Dyspepsie avec tendance catarrhale. — Pyodermite

Marcelle S..., quatre mois et demi. Entrée le 6 juin, morte le 13 août 1911.

Mère tuberculeuse.

Nourrie au sein cinq semaines, puis au biberon, réglée. Pas de troubles digestifs antérieurs. Tousse depuis un mois.

Abcès sous-cutanés multiples. Impétigo du cuir chevelu.

Au bout de quelques jours s'installent des troubles dyspeptiques peu intenses, mais persistants. L'amaigrissement est considérable et bien plus marqué que ne le comportent les troubles digestifs. Le poids tombe de 4 kgr. 300 à 2 kgr. 930. Température subfébrile continue avec quelques poussées à 38 degrés, 38°6.

C. R. +.

OBSERVATION CIV

Dyspepsie gastro-intestinale

Marcelle V..., six mois. Poids 3 kgr. 920. Entrée le 3 septembre, morte le 6 octobre 1911.

Troubles dyspeptiques avec selles peu abondantes, mélangées ou grumeleuses, parfois catarrhales. Vomissements à plusieurs reprises. Irrégularités de la courbe thermique : fièvre continue entre 37 et 38 degrés, avec faible rémission, entrecoupée de brusques ascensions en clocher à 38°5 ou 39 degrés ou d'élévations progressives de 37 à 39 degrés suivies de retour progressif à la normale. Irrégularités de la courbe de poids. Amaigrissement de 170 grammes en cinq jours ; puis successivement l'enfant reprend 40 grammes, perd 100 grammes ; et après un accroissement régulier pendant

quelques jours, nouvelles oscillations, et à la veille de la mort l'enfant pèse 3 kgr. 300.

A ce moment, poussée de catarrhe intestinal. La température s'abaisse à 36°4; l'état de dénutrition est extrêmement marqué.

C. R. +.

OBSERVATION CV

*Dyspepsie gastro-intestinale. — Adénopathie
trachéo-bronchique*

Julienne V..., trois mois. Entrée le 22 mars, morte le 28 mars 1910.

Parents bien portante.

Nourrie au sein. Sevrée depuis une semaine.

Depuis, diarrhée.

Pèse 4 kgr. 800.

Souffle d'adénopathie trachéo-bronchique.

Rate perceptible.

Tousse beaucoup, d'une toux spasmodique.

Température aux environs de 38 degrés.

C. R. +.

OBSERVATION CVI

*Rachitisme. — Entérite catarrhale. — Adénopathie
trachéo-bronchique*

Simonne B..., quatorze mois. Entrée le 17 septembre 1909, sortie le 22 septembre.

Parents bien portants.

Née à terme, nourrie au sein jusqu'à onze mois.

L'enfant n'a eu aucune maladie contagieuse, mais elle a été soignée il y a deux mois pour de l'entérite.

On l'amène parce qu'elle a de la diarrhée depuis quinze jours.

Actuellement, température 37°7. Diarrhée verte et jaune, peu abondante.

Enfant très pâle, pesant 6 kgr. 600.

Rachitisme : bosses frontales proéminentes, sans cranio-tabes ; thorax étroit dans la région axillaire.

Mégalosplénie notable.

Élargissement de l'épiphyse radio-carpienne. Signe sus-malléolaire très net au niveau du tibia comme du péroné.

L'enfant ne marche pas encore.

Anémie (leucocytose mononucléaire ; pas de réaction médullaire pathologique).

Adénopathie trachéo-bronchique (respiration rude des deux côtés au niveau du hile, avec retentissement de la toux et de la voix).

C. R. +.

Les jours suivants, la température revient à la normale ; les troubles digestifs disparaissent.

OBSERVATION CVII

Catarrhe intestinal. — Atrophie avec début d'athrepsie

Émilienne D..., cinq mois. Entrée le 25 mai, morte le 17 avril 1910.

Parents bien portants.

Née à terme, mais pesant seulement 1 kgr. 500 (?). Nourrie au biberon. Maigrit depuis un mois, boit mal, vomit depuis huit jours ; poids 2 kgr. 530.

Température 36 degrés. Catarrhe intestinal. Odeur butyrique de l'haleine.

Aspect de début d'athrepsie.

La catarrhe intestinal persiste, mais la température, à part trois poussées à 37°8, 37°6, 37°4, reste au-dessous de la normale jusqu'à la mort.

C. R. +.

OBSERVATION CVIII

Entérite aiguë. — Micropolyadénie.

Gustave D..., deux ans. Entré le 2 avril, sorti le 23 avril 1908.

Mère tuberculeuse.

Allaitement artificiel.

Entérite aiguë avec selles glaireuses.

Broncho-pneumonie.

Micropolyadénie. État cachectique.

C. R. +.

OBSERVATION CIX

Catarrhe intestinal léger. — Ostéo-lymphatisme

Marcelle L..., onze mois. Entrée le 2 décembre, sortie le 8 décembre 1910.

Parents bien portants.

Nourrie au sein trois mois, puis au biberon. Tousse depuis quinze jours. Diarrhée jaune depuis cinq à six jours, vomissements, amaigrissement.

Poids 7 kilos ; température 38 degrés.

Les selles sont normales et l'enfant ne vomit plus. Léger chapelet costal et épaissement des malléoles.

Le poids après avoir un peu baissé revient à 7 kilos, et la température se maintient normale.

C. R. +.

OBSERVATION CX

Entérite catarrhale

Jules L..., quatre mois. Entré le 22 août, mort le 12 décembre 1910.

Mère tuberculeuse.

Nourri au sein un mois puis au biberon, Depuis le sevrage n'a pas profité.

Vomissements fréquents. Diarrhée verte.

Température subnormale.

Perte de poids de 690 grammes. Poids avant la mort 29 kgr. 80.

C. R. +.

Autopsie. — Ganglions mésentériques suppurés.

Ganglions trachéo-bronchiques non tuberculeux.

OBSERVATION CXI

Entérite catarrhale avec symptômes cholériformes Bronchite légère

Jean N..., six mois et demi. Poids 7 kgr. 350. Entré le 20 mars, sortit le 11 avril 1910.

Parents bien portants.

Enfant élevé au sein maternel pendant trois mois, ensuite au biberon. Bronchite à trois mois, a toujours toussé depuis. Depuis hier vomissements et diarrhée intense.

21 mars. — Température 40 degrés. Catarrhe gastro intestinal intense avec odeur butyrique des selles. Symptômes cholériformes.

Hépatomégalie. Pas de mégalosplénie. Pas de rachitisme. Pas de polyadénie. Râles ronflants.

22 mars. — Température 39°4. Catarrhe intestinal intense. Facies toxique. Dyspnée.

23 mars. — Température 39°7 Signes d'adénopathie trachéo-bronchique à droite, et bronchite catarrhale à gauche.

Amaigrissement de 570 grammes en trois jours.

Pendant les jours suivants, amélioration notable.

Les troubles digestifs disparaissent peu à peu. Augmentation de poids progressive. Après quelques jours d'apyrexie,

la courbe oscille encore au voisinage de 38 degrés, puis se rapproche de nouveau de la normale.

C. R. +.

OBSERVATION CXII

Entérite chronique. — Rachitisme

Jean S..., deux ans. Entré le 5 mars, sorti le 18 mars 1908.

Père mort tuberculeux.

Allaitement mixte.

Diarrhée avec lientérie.

Anémie. Sommet droit suspect.

Mégalosplénie. Rachitisme léger.

C. R. +.

OBSERVATION CXIII

Entérite catarrhale. — Adénopathie trachéo-bronchique

Armand V..., dix-huit mois. Entré le 7 octobre, sorti le 10 novembre 1910.

Les deux parents sont tuberculeux.

Nourri au sein pendant dix-huit mois.

Entre pour érysipèle de la face.

Adénopathie trachéo-bronchique.

Entérite catarrhale. Otite.

C. R. +.

OBSERVATION CXIV

Gastro-entérite aiguë cholériforme. — Bronchite Adénopathie trachéo-bronchique

Louise W..., cinq mois et demi. Entrée le 31 mars, morte le 4 avril 1911.

Parents bien portants.

Nourrie au sein puis au biberon.

A deux mois bronchite. Depuis touse, profite mal, sans troubles digestifs.

Entre pour convulsions, vomissements et diarrhée jaune.

Toux bitonale, sans autre signe d'adénopathie.

Râles ronflants et sibilants.

Au bout de trois jours poussée thermique à 40 degrés, avec diarrhée abondante, aspect cholérique. Mort.

C. R. +.

Autopsie. — Adénopathie trachéo-bronchique : masse caséifiée grosse comme une noisette. Poumons adhérents au niveau du diaphragme. Sommet droit très congestionné ; à la base réaction fibrineuse marquée, avec, à la partie moyenne, petit foyer broncho-pneumonique.

Foie toxi-infectieux.

OBSERVATION CXV

Granulie. — Ulcérations intestinales

Albert D..., neuf mois. Entré le 16 avril, décédé au bout de quelques heures.

On n'a sur l'enfant aucun renseignement : il meurt quelques heures après son entrée.

Autopsie. — Granulie des poumons, du foie, de la rate. Ganglions médiastinaux caséux, mésentériques, lardacés.

Ulcérations tuberculeuses de l'intestin avec lymphangite.

OBSERVATION CXVI

Ostéisme. — Impétigo

Gustave B..., deux ans. Entré le 22 mai 1911, sorti le 28 juin.

Enfant élevé au sein jusqu'à quatorze mois. A deux mois varicelle. A quatorze mois broncho-pneumonie. Depuis continue à tousser. Première dent à seize mois.

Impétigo datant de deux mois.

Pas de troubles digestifs.

Ne marche pas. Fontanelle largement ouverte.

C. R. +.

OBSERVATION CXVII

Impétigo

Robert B..., deux ans. Entré le 29 mars 1912, sorti le 19 mai.

Père mort de méningite tuberculeuse.

Enfant né à terme, nourri au sein.

A eu rougeole, scarlatine, diphtérie, varicelle.

Impétigo du cuir chevelu, des lèvres et du cou.

C. R. +.

OBSERVATION CXVIII

Séborrhéide psoriasiforme. — C. R. +

Bernard D..., vingt mois. Consultation de nourrissons. (11 avril 1912).

Parents bien portants.

Pas d'antécédents morbides. Allaitement mixte.

Éruption psoriasiforme datant de un mois, siégeant sur tout le tronc.

Wasserman négatif. C. R. +.

OBSERVATION CXIX

Rachitisme. — Impétigo.

Max I..., deux ans. Entré le 12 mai 1910, sorti le 16 juin.

Père, bronchite chronique.

Nourri au biberon; rougeole à six mois.

Pas de troubles digestifs.

Impétigo de la face, des conjonctives, du vestibule nasal.

Rachitisme léger : bourrelet sus-malléolaire, chapelet costal, incurvation des tibias.

C. R. +.

OBSERVATION CXX

Ecthyma térébrant. — Broncho-pneumonie. — Cachexie

Raymond R..., un an. Entré le 22 février 1908, mort le 6 mars.

Père tuberculeux.

Allaité au sein. Rougeole à dix mois.

État général très mauvais. Poids 5 kgr. 600. Ulcérations disséminées dans la cavité buccale, sur la tempe gauche et la cuisse droite.

Foyer de broncho-pneumonie à la base droite.

Diarrhée verte, vomissements.

C. R. +.

Mort.

Autopsie. — Foyers de gangrène pulmonaire secondaire à caverne tuberculeuse, ayant détruit les deux lobes inférieurs du poumon droit en presque totalité. Adhérences pleurales. Grosse rate dure avec quelques granulations. Ganglions trachéo-bronchiques gros et caséux. Ganglions mésentériques gros, certains sont caséux.

OBSERVATION CXXI

Abcès sous-cutané. — Congestion pulmonaire

Louis P..., quinze mois. Entré le 25 septembre 1910, sorti le 17 octobre.

Antécédents héréditaires nuls.

A eu la rougeole. Diarrhée depuis un mois.

Ecthyma. Abcès de la fesse droite. Diarrhée. Congestion pulmonaire localisée aux bases.

C. R. +.

OBSERVATION CXXII

Abcès sous-cutanés multiples

René R..., onze mois. Entré le 10 novembre, mort le 26 novembre 1910.

Pas d'hérédité tuberculeuse.

Nourri au biberon.

Sujet à la diarrhée. Tousse fréquemment.

Érythème vésiculeux des fesses. Abcès sous-cutanés multiples. Foie un peu gros. Poids 5 kgr. 730. Wassermann négatif. C. R. +. Pas de troubles digestifs ni de symptômes thoraciques.

Maigrissement progressif. D'abord apyrexique, l'enfant fait de la fièvre, du catarrhe intestinal et meurt, après avoir perdu 1 kgr. 120.

Autopsie. — Poumons congestionnés. Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Adénopathie mésentérique, mais sans tubercule. Foie toxi-infectieux. Thymus gros. Pie-mère cérébrale opalescente et congestionnée. Rachitisme fruste.

OBSERVATION CXXIII

Gommes tuberculeuses. — Spina ventosa. — Adénopathie trachéo-bronchique. — Induration pulmonaire

Eugène Ch..., douze mois. Entré le 13 avril, mort le 24 avril 1910.

Parents chétifs, touseurs.

Né à terme, sujet à des troubles digestifs.

A l'entrée : gommes ramollies de la jambe droite et coude gauche. Spina ventosa de l'auriculaire et du médus gauche. Adénopathie trachéo-bronchique avec induration du sommet droit. Température autour de 38 degrés.

C. R. +.

Puis poussée à 40°8, souffle au sommet gauche et mort.

Autopsie. — Quelques ganglions mésentériques contiennent des tubercules crus ou ramollis.

Adhérences pleurales à droite ; nombreuses granulations dans le sommet droit ; à la base, masse caséuse grosse comme une amande. Quelques granulations grises sur la surface de la plèvre gauche. Ganglions trachéo-bronchiques très gros, caséux et en partie ramollis. Granulations dans le foie et la rate.

OBSERVATION CXXIV

Gomme. — Adénopathies trachéo-bronchique et cervicale

Marcelle T..., treize mois. Entrée le 5 février, sortie le 13 février 1910.

Enfant nourrie au sein.

Gomme de la cuisse gauche. Tuberculose des ganglions du cou. Signes d'adénopathie trachéo-bronchique.

Végétations adénoïdes.

C. R. +.

OBSERVATION CXXV

Adénopathie trachéo-bronchique

Henri D..., deux ans. Entré le 11 mai, sorti le 14 mai 1910.

Coqueluche à dix-sept mois.

Actuellement, submatité et souffle dans la moitié droite de l'espace interscapulo-vertébral.

C. R. +.

OBSERVATION CXXVI

Adénopathie trachéo-bronchique. — Hépatomégalie

Épididymo-orchite

Antécédents inconnus. Température normale.

Foie gros. Pas de troubles digestifs. Poids 4.220 grammes.

Testicule gauche et queue d'épididyme gros.

Toux bitonale.

Ronchus fixe au hile. Infiltration de la base du poumon gauche.

Poussée de catarrhe intestinal avec fièvre et mort en hypothermie après une perte de poids de plus de 1 kilo.

C. R. +.

Autopsie. — Grosse adénopathie trachéo-bronchique caséeuse. Broncho-pneumonie suppurée de la base gauche ; petites cavernes caséeuses à la partie moyenne du poumon gauche.

Granulations dans le foie et la rate.

OBSERVATION CXXVII

Tuberculoses multiples :

Raymond L..., seize mois. Entré le 23 février, mort le 9 mars 1911.

Père tuberculeux.

Allaitement mixte.

Mal de Pott dorsal. Gommès bacillaires au-dessous du genou droit.

Signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Bronchite diffuse.

Dyspepsie butyrique.

C. R. +.

OBSERVATION CXXVIII

*Méningite tuberculeuse. — Ostéisme
Ostéo-périostite sternale*

Roger L..., treize mois. Entré le 4 avril, mort le 9 avril 1912.

Père toussueur.

Nourri au sein. A eu quelques vomissements. Début de tuberculose sternale à sept mois.

Présente une tuméfaction sternale avec fistule adhérente.

Signes de rachitisme : chapelet, gros condyles, crête sus-malléolaire, tibias incurvés, cranio-tabes, fontanelle ouverte.

C. R. +.

Symptômes méningés légers qui s'accroissent. Mort au bout de cinq jours.

OBSERVATION CXXIX

Mal de Pott. — Orchite. — Ostéisme. — Méningite

Georges M..., quinze mois. Entré le 9 mai, mort le 13 mai 1912.

Parents bien portants.

A trois mois, coqueluche. A treize mois, bronchite.

Rachitisme léger. Tuberculose testiculaire. Paraplégie avec exagération des réflexes. Symptômes méningés.

C. R. +.

Mort au bout de six jours.

Autopsie. — Tuberculose des cinquième et sixième cervicales. Gros ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques caséeux. Méningite avec exsudats blanchâtres.

OBSERVATION CXXX

Ostéisme. — Végétations adénoïdes. — Anémie légère

Armand P..., quinze mois. Vu le 20 décembre 1910 à la consultation des nourrissons.

Père bien portant. Mère a des cicatrices d'écrouelles et C. R. +. Aucun antécédent de syphilis.

Premier enfant, venu à sept mois. Nourri au sein jusqu'à huit mois. Aucun trouble digestif.

Poids 6.300 grammes. Dix dents. Ne marche pas. Nez un peu écrasé. Végétations adénoïdes. Ostéisme : élargissement des épiphyses du poignet ; bourrelet sus-malléolaire ; chapelet costal ; frontaux saillants ; rate non appréciable. Aspect anémique.

Examen du sang :

Globules rouges.....	4.080.000
Globules blancs.....	6.400
Hémoglobine	0,50

C. R. +.

D. Mantoux

OBSERVATION CXXXI

Ostéo-lymphatisme. — Mégalosplénie

Georges D..., treize mois. Entré le 29 juin, mort le 11 août 1910.

Nourri au biberon. Entérite à six mois. Depuis quinze jours, tousses, maigrit sans trouble digestif.

Rachitisme léger; grosse rate; polyadénie. Absès rétro-pharyngien torpide, qu'on incise. Température normale, puis progressivement croissante, atteignant 38,39 et 39°4. Le 15 juillet rougeole suivie de broncho-pneumonie avec forte hyperthermie et foyer soufflant dans la région ganglionnaire droite. Mort le 11 août.

C. R. +.

OBSERVATION CXXXII

Rachitisme ancien. — Diarrhée

Louis L..., deux ans. Entré le 8 décembre, sorti le 16 janvier 1910.

Père et mère tuberculeux. A eu la coqueluche à six mois, avec broncho-pneumonie. Depuis tousses souvent. Diarrhée verte il y a deux mois. Ictère catarrhal il y a quinze jours. Stigmates de rachitisme.

Aspect cachectique. Auscultation négative. Micropolyadénie. Foie un peu gros. Ventre mou étalé. Végétations adénoïdes.

C. R. +.

OBSERVATION CXXXIII

Rachitisme léger

Jeanne L..., sept mois. Entrée le 11 juillet, morte le 17 juillet 1910.

Mère tuberculeuse. Nourrie au sein un mois, puis au biberon. Diarrhée depuis quelques jours.

Rachitisme léger, surtout thoracique et malléolaire. Ventre un peu tendu ; foie gros. Catarrhe intestinal.

Pyodermite du cuir chevelu.

La température oscille entre 37 et 37°5 : puis s'élève à 38°6, avec apparition d'un érythème buccal. Passage aux douteux. Mort le lendemain.

C. R. +.

OBSERVATION CXXXIV

Gros ventre rachitique

Arthur L..., dix mois. Entré le 31 mars, sorti le 2 avril 1910.

Mère tuberculeuse. Nourri au sein jusqu'à huit mois, depuis au biberon, bien réglé.

Coqueluche et broncho-pneumonie en novembre. Depuis deux mois, ballonnement du ventre : c'est pourquoi on l'amène.

On ne trouve aucun symptôme autre qu'un gros ventre rachitique.

En deux jours, l'enfant perd 230 grammes.

C. R. +.

OBSERVATION CXXXV

Rachitisme. — Localisations tuberculeuses multiples

Gaston M..., dix-sept mois, 9 kgr. 100. Entré le 11 février, mort le 26 février 1909.

Mère tuberculeuse.

Enfant nourri au sein jusqu'à il y a trois semaines, c'est-à-dire jusqu'à dix-sept mois ; puis avec des bouillies depuis l'âge de cinq mois.

L'enfant n'a jamais eu de troubles digestifs ; il n'a jamais été malade, sauf un coryza à trois semaines.

Actuellement, rachitisme avec fontanelle très large, thorax rachitique avec chapelet costal, et fausses côtes déjetées en dehors. Mégalosplénie.

Lésions cutanées : eczéma séborrhéique des oreilles et du cuir chevelu ; cicatrices de gourme sur le dos.

Bronchite légère avec râles ronflants et sibilants discrets. Température 37 degrés.

Les jours suivants, l'enfant ne présente pas de troubles digestifs. La température est irrégulière, subissant parfois de grandes oscillations entre 38 et 40 degrés.

23 février. — Température 40 degrés.

Broncho-pneumonie de la base gauche.

Les lésions de dermite ne se sont pas étendues.

OBSERVATION CXXXVI

Polyadénie. — Rachitisme

Maurice M..., neuf mois. Entré le 15 février, sorti le 22 février 1910.

Père et mère tuberculeux. Nourri au biberon.

Bronchite à cinq mois.

Actuellement, otite avec ostéite du rocher et paralysie faciale.

Polyadénie, adénite du pli de l'aîne.

Splénomégalie.

Rachitisme léger.

C. R. +.

OBSERVATION CXXXVII

*Rachitisme. — Mégalosplénie. — Végétations adénoïdes.
Mal de Pott probable*

Raymonde P..., vingt-quatre mois.

Vue à la consultation des nourrissons, 1^{er} février-28 mars 1910.

Pas d'hérédité nette. Nourrie au biberon sans troubles digestifs. Bronchite à trois mois. Puis coqueluche et rougeole suivie de broncho-pneumonie.

Rachitisme : bosselures costales, incurvation des tibias ; signe sus-malléolaire. Grosse rate.

Dort la bouche ouverte et respire mal.

8 février. — Absès de la région malaire gauche.

22 mars. — Début probable de mal de Pott.

C. R. +.

OBSERVATION CXXXVIII

Rachitisme. — Micropolyadénie

Albert Q..., treize mois.

Entré le 13 août, sorti le 1^{er} septembre 1910.

Parents bien portants.

Nourri au biberon, bien réglé.

Tousse depuis trois semaines.

Actuellement, bourrelet sus-malléolaire, chapelet costal. Mégalosplénie, polyadénie généralisée.

L'enfant a la coqueluche.

C. R. +.

OBSERVATION CXXXIX

Rachitisme. — Mégalosplénie

Jean S..., seize mois.

Entré le 7 mai, sorti le 9 mai 1908.

Nourri au sein jusqu'à cinq mois, puis biberon. Première dent à un an. Ne marche pas. Parfois vomissement. Pas de diarrhée. Aspect anémique.

Rachitisme. Craniotabes.

Mégalosplénie.

C. R. +.

OBSERVATION CXL

Rachitisme léger

Gilberte T..., deux ans.

Entrée le 23 mai, sortie le 20 juin 1912.

Signes de rachitisme peu accentué. Foyer de condensation à base du poumon gauche.

C. R. +.

OBSERVATION CXLI

Rachitisme. — Méningite tuberculeuse

Alice B..., deux ans.

Entrée le 3 août, morte le 5 août 1910.

Père tuberculeux.

Rougeole il y a un an.

Rachitisme.

Méningite tuberculeuse classique à la période terminale,

bacilles de Koch et lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien.

C. R. +.

OBSERVATION CXLII

Méningite tuberculeuse

Gabriel B..., quatre mois et demi. Entré le 6 mai, mort le 13 mai 1910.

Père tuberculeux. Mère bien portante.

Nourri au sein, non réglé. Développement régulier jusqu'à il y a trois semaines.

Depuis maigrit, pâlit, agitation, raideur, constipation.

A l'entrée, Kernig, raideur, tension de la fontanelle, troubles vaso-moteurs. Lymphocytose céphalo-rachidienne.

Les jours suivants agitation, puis strabisme et paralysie de la nuque et du bras gauche.

C. R. +.

OBSERVATION CXLIII

Méningite tuberculeuse

Jeanne B..., un an. Entrée le 14 novembre, morte le 17 décembre 1910.

Parents bien portants.

Élevée en nourrice.

Rougeole il y a un mois et demi.

Symptômes de méningite tuberculeuse.

C. R. +.

Autopsie. — Granulie pulmonaire et méningée. Adénopathie caséuse médiastinale.

OBSERVATION CXLIV

Méningite tuberculeuse. — Gommès de la jambe

Andrée C..., cinq mois. Entrée le 11 mai, morte le 17 mai 1910.

Parents bien portants.

Nourrie au biberon.

Bronchite il y a un mois.

Début depuis quelques jours par vomissements et constipation.

Nuque raide. Fontanelle tendue. Yeux fixes. Irrégularités respiratoires. Lymphocytose céphalo-rachidienne.

Gommès tuberculeuses à la partie interne de la jambe.

C. R. +.

Autopsie. — Granulie du poumon, foie, rate. Adénopathie médiastine caséifiée.

Rachitisme costal.

Piemérite de la convexité.

OBSERVATION CXLV

Méningite tuberculeuse. — Catarrhe intestinal

Germaine D..., onze mois. Entrée le 4 septembre, morte le 11 septembre 1910.

Antécédents inconnus.

Raideur de la nuque. Tension de la fontanelle. Lymphocytose céphalo-rachidienn.

Selles dyspeptiques avec catarrhe intestinal. Température progressivement croissante, montant de 38 à 39 degrés, 40 et 40°5.

C. R. +.

Autopsie. — Méningite purulente basilaire. Granulations sur la convexité.

Adénopathie trachéo-bronchique et mésentérique avec caséification.

Hépatomégalie. Splénomégalie avec granulations.

OBSERVATION CXLVI

Méningite tuberculeuse

Alfred D..., onze mois. Entré le 6 mai, mort le 11 mai 1911.

Parents bien portants.

Nourri au sein.

Depuis deux mois toux, amaigrissement. Selles toujours normales. Crises convulsives.

Torpeur très accentuée ; regard fixe.

Fontanelles distendues. Réaction vaso-motrice. Ni raideur ni Kernig. Matité du sommet droit et de la base gauche où la respiration est soufflante. A droite râles ronflants. Constipation.

Lymphocytose et bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien.

Puis apparaissent des troubles respiratoires, de l'impotence et de la raideur du côté gauche. Température basse avec une poussée à 39°5.

C. R. +.

Autopsie. — Exsudat purulent de la face inférieure du cerveau.

Adénopathie trachéo-bronchique.

OBSERVATION CXLVII

Méningite tuberculeuse à forme somnolente. — Bronchite

Charles F..., quinze mois. Entré le 23 avril, mort le 4 mai 1908.

Parents bien portants.

Allaité au sein. Fièvre, toux, bronchite.

Somnolence très marquée.

Parésie de la jambe droite.

C. R. +.

Autopsie. — Pie-mère adhérente. Granulations de la base et de la vallée sylvienne.

Ganglions trachéo-bronchiques caséeux, mésentériques hypertrophiés.

Foie farci de tubercules miliaires. Granulations dans la rate.

OBSERVATION CXLVIII

Méningite tuberculeuse

Charles G..., treize mois. Entré le 8 décembre, mort le 12 décembre 1910.

Parents bien portants.

Nourri au sein.

Depuis un mois vomissements diarrhée, puis constipation, amaigrissement. Depuis vingt-quatre heures convulsions.

Peu de raideur. Regard amaurotique. Mouvements convulsifs de la main gauche. Peu de raideur. Lymphocytose céphalo-rachidienne.

La température d'abord à 39 degrés, s'abaisse aux environs de 37 degrés, puis remonte à 38·6 avant la mort.

C. R. +.

OBSERVATION CXLIX

Méningite cérébro-spinale méningococcique chez un tuberculeux. — Broncho-pneumonie

Georges L..., quatre mois. Entré le 15 juin, mort le 7 juillet 1910.

Parents bien portants. Allaitement artificiel. Depuis huit jours, diarrhée, puis vomissements, puis toux.

L'enfant présente le tableau classique d'une méningite cérébro-spinale ; le liquide céphalo-rachidien contient du pus à polynucléaire avec du méningocoque, mais sans bacilles de Koch.

Il y a en outre à droite, au sommet, en arrière de la matité avec inspiration soufflante, en arrière de la matité avec un souffle bronchique léger. On entend ensuite des signes de bronchite généralisée, râles sibilants et ronflants ; râles muqueux disséminés.

Toux coqueluchoïde.

Selles dyspeptiques.

C. R. +.

Autopsie. — Méningite cérébro-spinale.

Poumon gauche normal ; droit, caverne du volume d'une noisette et en avant. Adhérences pleurales.

Granulations à la surface du foie et de la rate. Ganglions trachéo-bronchiques caséifiés.

OBSERVATION CXL

Méningite tuberculeuse à forme hémiplégique

François L..., onze mois. Entré le 20 août, mort le 2 septembre 1910.

Parents bien portants. Nourri au sein sans troubles digestifs. Souffrant depuis huit jours : fièvre, abattement, constipation.

Hémiplégie flasque du côté gauche.

La température, d'abord normale, s'élève progressivement à 38 degrés, puis à 39°2. Amaigrissement de 640 grammes en deux jours.

C. R. +.

OBSERVATION CLI

Éclampsie

André M..., dix-huit mois. Consultation de nourrisson le 2 juin 1910 et le 16 mai 1912.

Parents bien portants. Nourri au sein. Depuis l'âge de sept mois, a eu six fois des convulsions à l'occasion d'éruptions dentaires, convulsions toujours suivies de fièvre pendant deux ou trois jours. Ne marche pas seul.

C. R. +.

Décembre 1910. — On ramène l'enfant parce qu'il tousse d'une toux rauque. Rien à l'auscultation du poumon. Souffle jugulaire assez net. Poids 15 kilogrammes.

Janvier 1911. — Revu pour convulsion survenue à l'occasion d'une éruption dentaire.

16 mai 1911. — Parotidite.

OBSERVATION CLII

Méningite tuberculeuse

François P..., onze mois. Entré le 29 août, mort le 2 septembre.

Méningite tuberculeuse à la période terminale.

Adénopathie axillaire.

C. R. +.

Autopsie. — Très nombreuses plaques de méningite sur la partie interne de l'hémisphère droit; fines granulations sur l'hémisphère gauche.

Rate bourrée de granulations. Nombreux ganglions suppurés de l'aisselle.

Adénopathie trachéo-bronchique.

OBSERVATION CLIII

Myxœdème. — Mongolisme

Jeanne S..., vingt-trois mois. Consultation de nourrissons le 13 septembre 1910 au 10 janvier 1911.

Parents bien portants. Nourri au sein. On amène l'enfant parce qu'il se développe mal (3 kilogs):

Pas de dents. Ne parle pas. Fontanelle largement ouverte. Ostéisme léger. Bouffissure des téguments. Macroglossie. Facies mongolique. Végétations adénoïdes.

C. R. +. Wassermann négatif.

Le traitement thyroïdien est régulièrement suivi; ablation des végétations adénoïdes. L'enfant devient plus gaie, plus vive. Elle perce trois dents.

Pas de symptômes respiratoires, sauf en janvier 1911 une légère bronchite.

OBSERVATION CLIV

Gommes. — Polyadénie. — Spina ventosa. — Synovite fongueuse. — Adénopathie trachéo-bronchique. — Ostéisme

Lucienne C..., onze mois. Entrée le 4 mai, morte le 11 mai 1911.

Mère morte de tuberculose, dix-sept jours après la naissance. Nourrie au biberon.

Otite à deux mois.

Ostéisme marqué. Gros ventre flasque. Végétations adénoïdes. Otite. Polyadénie.

Gommes sous-cutanées multiples.

Deux spina ventosa; synovite fongueuse de la main droite.

Submatité dans l'espace interscapulaire gauche; respiration soufflante bilatérale.

En avant, quelques râles sibilants et ronflants. Pas de troubles digestifs.

Température constamment au-dessus de 39 degrés.

C. R. +.

Autopsie. — Adénopathie volumineuse du médiastin et du mésentère.

Granulations péritonéales. Granulations dans la rate. Foyers caséux dans le foie.

OBSERVATION CLV

Adénopathie trachéo-bronchique. — Ostéisme

Germaine G..., deux mois et demi. Entrée le 14 mai, mort le 24 mai 1910.

Père atteint de bronchite chronique. Nourrie au biberon. Pas de troubles digestifs. Depuis huit jours, toux, oppression et fièvre.

Température 38°2. Selles normales.

Ostéisme : chapelet costal. Rate grosse.

Toux et voix bitonales.

Tirage épigastrique.

Les jours suivants, température oscillant entre 39 et 40 degrés. Amaigrissement considérable. Catarrhe intestinal.

C. R. +.

Autopsie. — Granulie pulmonaire. Tubercule caséux gros comme une noisette au sommet droit.

Grosse adénopathie trachéo-bronchique.

Rachitisme costal.

OBSERVATION CLVI

Adénopathie avec bronchite. — Mal de Pott Gommes sous-cutanées

Raymond L..., seize mois. Entré le 23 février, mort le 9 mars 1911.

Parents bien portants. Nourri au biberon. Aurait eu la coqueluche.

Bronchite diffuse avec symptômes d'adénopathie trachéo-bronchique droite. Cornage.

Mal de Pott dorsal.

Gommes tuberculeuses de la jambe droite.

Rate un peu grosse.

Dyspepsie butyrique avec constipation.

La température oscille entre 37 et 38 degrés, dépassant rarement ce chiffre.

C. R. +.

OBSERVATION CLVII

Tuberculose généralisée

René P..., sept mois. Entré le 1^{er} février, mort le 5 février 1911.

Méningite. Splénomégalie. Hépatomégalie. Infiltration du sommet droit. Micropolyadénie. Cranio-tabes léger, crâne oblique ovalaire.

C. R. douteuse.

Autopsie. — Poumons, caverne du sommet droit. Fibrose du 1/4 supérieur du poumon droit, et granulations disséminées dans toute son étendue. Granulations moins nombreuses à gauche. Adénopathie trachéo-bronchique volumineuse, formation d'un véritable abcès ganglionnaire. Rate infiltrée de tubercules. Granulations dans le foie, les reins, le péricarde viscéral. Adénopathie mésentérique avec lésions caséeuses. Quelques tubercules sur l'intestin grêle.

Cerveau, exsudats au niveau du chiasma, granulations le long de la sylviennne.

OBSERVATION CLVIII

Bronchite. — Polyadénie. — Dyspepsie gastro-intestinale
Ostéisme

Berthe P..., sept mois. Entrée le 26 mars, morte le 3 avril 1911.

Mère morte de tuberculose. Élevée au biberon, bien réglée. Depuis huit jours, amaigrissement marqué, puis toux. Constipation.

Ostéisme marqué. Mégalosplénie.

Dyspnée vive : râles ronflants et sibilants à droite : à gauche, respiration soufflante. Selles dyspeptiques.

Polyadénie.

Atrophie : poids 3.320 grammes. Température 38 degrés.

Le poids se relève, puis baisse à nouveau, les selles étant cependant redevenues normales. Catarrhe intestinal terminal avec pronosie fébrile.

C. R. +.

OBSERVATION CLIX

Broncho-pneumonie. — Adénopathie trachéo-bronchique
Ostéisme. — Réaction méningée

Alexandre P..., quatre mois. Entré le 13 mars, sorti le 25 mars. Rentré le 10 avril, mort le 19 avril 1910.

Parents bien portants. Nourri au biberon, bien réglé. Depuis huit jours, toux et fièvre ; depuis deux jours, diarrhée.

A l'entrée, constipation, vomissement, raideur de la nuque et des membres.

Broncho-pneumonie double surtout marquée à la base droite.

Ostéisme ; cranio-tabes.

Lymphocytose céphalo-rachidienne d'abondance moyenne.

La raideur diminue, pas d'agitation, mais léger tremblement des extrémités et contractions faciales; raie ménigique; ébauche de Kernig. Macules rosées disséminées surtout sur le tronc.

Un peu de catarrhe intestinal: cependant la température, d'abord aux environs de 38 degrés, revient à la normale les jours suivants.

18 mars. — Raideur plus marquée. Kernig, strabisme et déviation de la face; très gros foie. Les jours suivants, l'enfant reste gai; mais on note de la contracture et de l'exagération des réflexes. Les selles redeviennent normales; les phénomènes d'auscultation s'atténuent, la température reste à 37 degrés. L'enfant quitte la crèche le 25 mars.

Elle revient le 10 avril pour une broncho-pneumonie du sommet droit et de la base gauche. La température d'abord à 39°7 descend, puis remonte et se maintient aux environs de 40 degrés sans modifications des signes pulmonaires.

C. R. +.

Autopsie. — Grosse adénopathie trachéo-bronchique droite ramollie, quelques ganglions à gauche. Pas de tuberculose pulmonaire: nodules suppurés de broncho-pneumonie avec pus dans les bronches. Foie gros. Rate, reins congestionnés.

Aucune lésion visible des méninges et de l'encéphale.

OBSERVATION CLX

*Adénopathie trachéo-bronchique. — Gommès sous-cutanées
Rachitisme*

Jean S..., quatorze mois. Entré le 29 avril, mort le 2 juin 1909.

Parents bien portants. Nourri au biberon chez une nourrice tuberculeuse.

Rachitisme; foie et rate gros.

Gommès sous-cutanées multiples.

D. Mantoux

Souffle interscapulo-vertébral et quelques fins râles bulleux à la base gauche.

Température d'abord normale puis montant jusqu'à 40 degrés pour redescendre aux environs de 38 degrés et remonter au delà de 40 degrés avant la mort.

C. R. +.

OBSERVATION CLXI

Atrophie simple. — Adénopathie trachéo-bronchique

André Th..., quatre mois. Entré le 14 juin, sorti le 23 juin 1910.

Pas d'antécédents héréditaires. Au sein pendant onze jours, puis biberon, bien réglé. Diarrhée depuis trois jours. Poids 2.920 grammes. Température 36°4.

Selles foncées. Matité légère dans l'espace interscapulo-vertébral droit.

Pendant neuf jours, augmentation régulière de poids, atteignant 400 grammes. Mais température toujours au-dessus de 37 degrés, dépassant pendant quelques jours 37°6, sans signes pulmonaires.

OBSERVATION CLXII

Septicémie avec hépato et splénomégalie. — Granulie

Simonne S..., onze mois. Entrée le 10 avril, sortie le 13 avril 1911.

Parents bien portants. Nourrie au sein. Au début de mars, fièvre et vomissements pendant deux jours; quelques jours après à nouveau fièvre avec oppression et toux. Depuis deux jours, cyanose, abattement. Aucun trouble digestif.

Foie et rate perceptibles.

La température oscille entre 38°8 et 40°2 : il y a, les derniers jours, du catarrhe intestinal vert.

Séro-diagnostic négatif.

C. R. +.

OBSERVATION CLXIII

Granulie

Madeleine N..., deux ans. Entrée le 24 février, morte le 27 février 1910.

Parents bien portants. L'enfant n'a jamais été malade jusqu'en décembre 1909. A ce moment aurait eu une pneumonie avec température à 40 degrés, toux, vomissements. Amélioration qui dure environ un mois. Puis l'enfant présente de nouveau de la température (41°5), de l'agitation avec délire, c'est pourquoi elle entre à l'hôpital.

Actuellement : asphyxie avec cyanose ; angoisse respiratoire.

Extrémités froides avec sueurs froides. Yeux excavés. Température 38 degrés.

Submatité légère sous la clavicule gauche.

C. R. —.

OBSERVATION CLXIV

(M. Marfan.)

Granulie confluyente sans méningite (forme asphyxique).

Armandine X..., quatre mois. Entrée le 23 novembre 1896, morte le 4 décembre.

Parents bien portants. Enfant née prématurément (huit mois) après une grossesse pénible, pesant à peine 2 kilos et mise en couveuse treize jours. Alimentation au sein non réglée d'abord exclusive, puis mixte. Depuis quinze jours, constipa-

fion et vomissement. Actuellement, ne vomit plus, éruption sur la figure et les bras, érythème fessier. Rhino-trachéite.

26 novembre. — Température 38°8. Rien à l'auscultation. Amélioration de l'état général.

3 décembre. — Septicémie. Langue sèche. Lèvres fuligineuses. Dyspnée intense. Cyanose. Peu de signes pulmonaires. Foie très gros. Température 36°7.

Autopsie. — Adhérences pleurales bilatérales. Broncho-pneumonie tuberculeuse avec lésions caséuses.

Adénopathie médiastine, la plupart des ganglions sont caséux. Granulations au niveau du foie, de la rate et des reins. Adénopathie mésentérique avec ganglions caséux.

OBSERVATION CLXV

(M. Marfan.)

Granulie sans méningite

Élise B..., sept mois. Entrée le 3 avril 1894, morte le 9 avril.

Père tousseur. Enfant née à terme, nourrie au biberon, ayant eu la rougeole.

Malade depuis quatre jours, ayant fréquemment des convulsions. A eu de la diarrhée verte et des vomissements, tousse beaucoup depuis hier. Éruption sur le corps depuis quelques jours.

4 avril. — Râles ronflants et sibilants des deux côtés de la poitrine, quelques râles sous-crépitaux à gauche. Quelques pustules d'ecthyma et de la folliculite. Hépatomégalie légère. Pas de cachexie.

La température, qui s'était constamment maintenue entre 37 et 38 degrés, s'élève la veille de la mort à 40°6.

Chapelet costal, élargissement de l'extrémité inférieure du radius. Semis de granulations grises sur la plèvre pariétale et diaphragmatique du côté gauche, ainsi que sur la plèvre viscérale du même côté. A la coupe du poumon, pas de granulations dans le parenchyme, mais masse caséuse à la base.

gauche, entourée de granulations. Quelques granulations à la base du poumon droit. Les deux poumons sont adhérents à la base.

Quelques granulations sur la face externe du sac péricardique. Mégalosplénie légère. Hépatomégalie, foie infectieux avec nécrose granulo-graisseuse, sans tubercules. Intestin; granulations confluentes sur toute la longueur de la face interne de l'iléon. Plaques de Peyer injectées; plusieurs sont ulcérées. Ganglions mésentériques gros mais non caséeux. Rien aux méninges. Thymus hypertrophié pesant 40 grammes sans tubercules.

OBSERVATION CXLVI

Syphilis héréditaire

Narcisse C..., dix-sept jours. Entré le 11 juin, sortie le 18 juin 1910.

Parents bien portants: mais mère ayant eu plusieurs fausses couches.

Nourri au sein.

Eruption circinée papulo-squameuse du cuir chevelu éruption pemphigoïde des fesses: c'est le seul symptôme morbide que présente l'enfant.

L'enfant est mis au traitement mercuriel.

C. R. +.

On revoit l'enfant à la consultation le 11 juillet pour une diarrhée estivale.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose est une affection fréquente chez le nourrisson ; sa fréquence croît à mesure que l'enfant avance en âge.

Elle frappe à peu près les deux sexes d'une façon égale pendant la première année ; pendant la seconde, les garçons sont atteints beaucoup plus souvent que les filles ; la proportion est de 5 à 2.

On retrouve la tuberculose chez les parents dans près de la moitié des cas. La contagion familiale a une importance de premier ordre ; dans un milieu donné, plus la vie de famille est intime, plus la contagion est à craindre : les enfants illégitimes sont moins souvent frappés que les légitimes.

Lorsqu'une mère qui nourrit a des lésions tuberculeuses ouvertes, il y a de grandes chances pour que son enfant soit contaminé.

Deux faits dominant l'histoire de la tuberculose du nourrisson :

1^o La tuberculose des ganglions bronchiques est presque toujours le premier foyer important de l'infection bacillaire chez le nourrisson ; elle est en tout cas

sa localisation la plus constante : on la retrouve dans presque tous les cas. Ce fait permet de penser que la porte d'entrée habituelle de la tuberculose chez l'enfant du premier âge se trouve dans les voies respiratoires, soit dans les premières voies, soit au niveau des bronches. Il est exceptionnel de rencontrer une distribution des lésions qui permettent de penser à une infection par voie intestinale (adénopathie mésentérique prédominante ou isolée) ou à une infection par toute autre voie ;

2° Un autre caractère capital de la tuberculose du premier âge, est sa tendance à la diffusion ; cette tendance est d'autant plus marquée que l'enfant est plus jeune.

II. On peut, au point de vue clinique, distinguer :

Les manifestations respiratoires ;

Les manifestations digestives ;

Les manifestations chirurgicales et externes ;

Les manifestations nerveuses ;

Les tuberculoses généralisées.

LES FORMES RESPIRATOIRES varient, suivant qu'il y a prédominance des symptômes, soit de l'adénopathie trachéo-bronchique, soit de la bronchite, soit de la broncho-pneumonie, soit de la tuberculose ulcéreuse du poumon, soit de manifestations pleurales.

L'adénopathie trachéo-bronchique, qui existe presque toujours, peut être latente et se manifester simplement

par des symptômes fébriles. Ailleurs, elle se révèle par des signes physiques ou des symptômes de compression plus ou moins nets; parfois elle peut donner lieu uniquement à des phénomènes laryngés. Le plus important est la toux bitonale qui, d'après nos autopsies, semble pathognomonique de l'adénopathie trachéo-bronchique.

La bronchite persistante avec état subfébrile est une manifestation fréquente, surtout au cours de la première année. Elle peut se présenter avec l'apparence la plus banale: c'est l'état général et surtout les réactions tuberculiniques qui permettent de la caractériser. Tantôt elle guérit, tantôt l'enfant meurt, et l'on trouve à l'autopsie soit de la bronchite commune, sans doute entretenue par une adénopathie, soit une tuberculose ulcéreuse qui n'avait pas donné lieu à d'autres symptômes locaux.

La broncho-pneumonie, fréquente surtout dans la seconde année, est d'un pronostic très sombre. Tantôt localisée en foyer, tantôt diffuse, elle se caractérise habituellement par la persistance de ses signes et par l'altération profonde de l'état général. A l'autopsie, tantôt il existe seulement des lésions banales; au moins à l'œil nu; tantôt elles coexistent avec des lésions nettement tuberculeuses.

La tuberculose ulcéreuse du poumon est d'un diagnostic très difficile. Les cavernes mêmes restent souvent latentes. Des signes pseudo-cavitaires peuvent faire croire à tort à leur existence. L'hémoptysie, d'ailleurs très rare, est un signe certain de cette forme.

Les manifestations pleurales sont rares, souvent frustes; les épanchements en général purulents sont presque toujours dus à des infections banales. Les formes sèches sont des trouvailles d'autopsie.

LES MANIFESTATIONS DIGESTIVES peuvent être divisées en dyspepsie simple et gastro-entérite.

La dyspepsie simple s'observe surtout au cours de la première année. Elle se caractérise par des troubles digestifs minimes, de l'amaigrissement et de l'hyperthermie qui sont très disproportionnés à l'intensité de ces troubles. Elle aboutit souvent à la mort dans l'espace de un à trois mois.

La gastro-entérite, qui s'observe d'une façon aussi fréquente pendant la première que pendant la seconde année, a une apparence banale : la ténacité de ses signes, en dépit d'un régime rigoureusement approprié, est sa meilleure caractéristique.

La nature de ces troubles est souvent obscure. Le plus souvent on ne peut les rapporter à des altérations bacillaires du tube digestif, et on est obligé d'invoquer l'influence de l'intoxication tuberculeuse adultérant les sécrétions digestives ou favorisant les infections banales.

LES MANIFESTATIONS EXTERNES de la tuberculose ne sont pas très rares; on observe surtout des ostéites tuberculeuses (*spina ventosa*, mal de Pott), des orchites tuberculeuses, des gommes sous-cutanées, plus rarement des tuberculides.

La plus fréquente des *manifestations nerveuses* est la méningite. Les formes les plus communes sont celles qui s'écartent du type classique, en particulier la forme éclamptique, la forme somnolente, et la forme avec localisations paralytiques.

LA TUBERCULOSE GÉNÉRALISÉE revêt souvent la forme d'une sorte de granulie chronique avec tubercules discrètement disséminés dans les viscères thoraciques et abdominaux ; elle se révèle alors par une *cachexie atrophique* sans fièvre ou à peine fébrile, avec polyadénie, mégalosplénie, et intumescence du foie.

Mais parfois la tuberculose généralisée revêt une forme aiguë : forme *asphyxiante* ou forme *typhoïde*.

III. Dans toutes les formes, les lésions qu'on trouve à l'autopsie sont en général beaucoup plus étendues et plus graves que ne l'indique la clinique. On ne voit que très exceptionnellement de réaction de guérison. Ajoutons que la tuberculose peut, comme toutes les infections chroniques, agir sur la moelle osseuse et le cartilage d'ossification, et déterminer le rachitisme. Nos observations, confirmant celles de M. Marfan, montrent que surtout dans le cours de la seconde année, le rachitisme est assez souvent sous la dépendance de la tuberculose.

IV. Le pronostic général de la tuberculose est, chez le nourrisson, très grave. Au cours de la première année la mort est presque de règle ; au cours de la seconde, l'enfant a quelques chances de survie, et la tuberculose limitée aux ganglions bronchiques paraît susceptible de guérir ou tout au moins d'entrer en repos.

Les localisations externes ont une gravité moindre que les localisations viscérales.

V. Le traitement sera surtout prophylactique, et visera la contagion familiale. Le traitement spécifique est loin d'avoir fait ses preuves.

VI. Le diagnostic de la tuberculose du nourrisson repose essentiellement sur les réactions cutanées à la tuberculine. La cuti-réaction a été constamment notre guide. C'est sous son contrôle que nous avons pu rattacher à la tuberculose les formes cliniques que nous avons décrites, formes qui, avant son emploi, étaient bien souvent confondues avec des syndromes d'ordre banal, et seulement reconnues à l'autopsie.

Vu : le Président de thèse,

MARFAN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMOWSKI. — Tuberculose et allaitement maternel (Tuberculosis, juin 1910, p. 246).
- ABRAMI. — Diagnostic de la méningite tuberculeuse dans la première enfance (Journal de Médecine interne n° 14, p. 133).
- ALDIBERT. — Valeur sémiologique des signes pseudo-cavitaires dans les affections pulmonaires de l'enfance (Rev. mens. des Mal. de l'Enfance, sept. 1890, p. 394).
- ARONADE. — La Tuberculose des nourrissons (Ergebnisse der innere medizin und Kinderheilkunde, 1909, p. 134).
- AUDRY. — Impétigo et ulcération hémorragique de la peau chez un nourrisson phtisique (Soc. de Derm. et de Syph., 20 mai 1897).
- AUDÉOUD. — Tuberculose pulmonaire et intestinale chez un enfant de quatre mois (Rev. méd. de la Suisse romande, février 1900).
- AUSSET. — Caverne seule lésion tuberculeuse chez un enfant de quatorze mois (Bull. de la Soc. centrale de Méd. du dép. du Nord, n° 7, 1899).
- AVIRAGNET et TIXIER. — Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant (Congrès de Gyn., d'Obst. et de Péd. de 1910).
- AVIRAGNET et TIXIER. — Formes curables de la tuberculose aiguë chez l'enfant (Arch. de Méd. des Enf., mai-juin 1911).
- AVIRAGNET. — De la Tuberculose chez les enfants. Thèse de Paris, 1892.

- AVIRAGNET. — Article Tuberculose dans le Traité des Mal. de l'Enf. de Grancher et Comby.
- BABONNEIX. — Un Cas de typho-bacillose (Soc. de Péd., 18 janvier 1910).
- BARBIER. — Sur la Tuberculose des nourrissons (Cong. de Méd., 1909).
- Sur la Fréquence de la tuberculose de zéro à deux ans pendant les mois d'hiver à l'Hôpital Hérold (Soc. d'Études scient. sur la tub., 14 février 1907).
- BARBIER (H.) et GOUGELET. — Des Épisodes méningés tuberculeux curables (Arch. des Mal. des Enf., avril 1912).
- BARBIER (H.) et LAROCHE. — Un Cas d'endocardite tuberculeuse avec inoculation au cobaye (Soc. d'Ét. scient. sur la tub., 28 novembre 1908).
- BARBIER (H.). — La Tuberculose des nourrissons (Rev. mens. de Gyn., d'Obst. et de Péd., n° 11, novembre 1909).
- BARBIER et BOUDON. — Recherches statistiques sur la fréquence de la tuberculose chez les enfants parisiens hospitalisés (Bull. méd., 1909, p. 499).
- BARBIER et LAROCHE. — Endocardite tuberculeuse avec inoculation positive au cobaye chez un nourrisson (Bull. méd., 28 nov. 1908).
- BARBE-ÖBERLIN. — Les Adénopathies trachéobronchiques tuberculeuses chez l'enfant. Thèse de Paris, 1911.
- BOUGAREL. — L'Adénopathie trachéobronchique des nourrissons. Son diagnostic par le cornage expiratoire et la radioscopie. Thèse de Paris, 1907.
- BULIUS. — Contribution à la clinique et au diagnostic de la tuberculose de la première année de la vie (Jahrb. für Kinderheil., 1899, vol. XLIX, fasc. 2 et 3) (Anal. in *Pediatrics*).
- BURNET. — La Tuberculose de l'enfant à l'adulte (Bull. de l'Inst. Pasteur, 30 mai 1911).
- CADET DE GASSICOURT. — Tuberculose d'adulte chez un enfant de seize mois (Rev. des Mal. de l'Enf., juin 1886).
- COMBY. — Étiologie de la tuberculose infantile (Presse méd., 27 nov. 1906).

- CRUCHET. — Évolution clinique et diagnostic de la méningite tuberculeuse du nourrisson (Gaz. des Hôp., 20 déc. 1904).
- DUVAL (M.). — Contribution à l'étude de l'intradermo-réaction à la tuberculine chez l'enfant et le nourrisson. Thèse de Montpellier, 1910.
- EICHELBURG. — Contribution à l'étude clinique de la tuberculose du nourrisson (Monats. für Kinderheil., t. X, p. 668).
- ESCHERICH. — Indications et résultats du traitement par la tuberculine de la tuberculose de l'enfant (Wien. klin. Wochenschr., 1910, n° 20).
- ESPINE (D') et PICOT. — Man. des Mal. de l'Enf.
- FAIRISE. — Études sur les tuberculoses latentes et particulièrement sur celles des ganglions trachéobronchiques chez les enfants. Thèse de Nancy, 1911.
- FISCHL (Rudolf). — Notions nouvelles sur la pathogénie et le diagnostic de la tuberculose infantile (Prager Medicin. Woch., 1910, 39-40).
- GAUDT (DE). — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire dans la première enfance. Thèse de Paris, 1906.
- GAREL. — Gomme de la bifurcation des bronches. Considérations sur la valeur diagnostique de la toux de compression dans les tumeurs du médiastin (Ann. des Mal. de l'Oreille et du Larynx, juin 1906).
- GAVET. — De l'influence de certaines affections et de l'état de gestation sur les réactions à la tuberculine, et en particulier sur l'intradermoréaction. Thèse de Paris, 1912.
- GEIPEL. — Sur la Tuberculose des nourrissons (Zeitsch. für Hygiene, 1906).
- GHON. — Le Foyer pulmonaire primitif dans la tuberculose des enfants.
- GUINON. — Adénopathie trachéobronchique tuberculeuse des nourrissons (Soc. d'Obst., Gyn. et Péd., 14 nov. 1904).
- HAHN. — Pronostic de la tuberculose du nourrisson (Monats. f. Kinderheilk., 1912, p. 531).

- HAMBURGER. — Pathologie générale et diagnostic de la tuberculose infantile, Vienne, 1910.
- HUTINEL. — Pronostic de la tuberculose du nourrisson (Bull. méd., 1912, p. 683).
- Les Maladies des Enfants, t. II et IV.
- Adénopathies tuberculeuses du médiastin. Leur rôle dans l'évolution de la tuberculose chez l'enfant (Rev. de la Tub., octobre 1908).
- HUTINEL et TIXIER. — La Tuberculose latente du nourrisson. Son diagnostic (Rev. de la Tub., 1912, n° 2).
- KARTEN. — Hémoptysie chez le nourrisson (Analysé dans Riv. di Ped., 1907, p. 499).
- KORNEL et PREISICH. — Soc. de Méd. int. et de Péd. de Vienne, 1911, n° 1.
- KOSSEL. — Sur la Tuberculose des enfants du premier âge (Zeitschr. f. Hyg. und Infectiousk., t. XXI, 1).
- LANDOUZY. — Soc. méd. des Hôp., 1886.
- Nouveaux faits relatifs à l'histoire de la tuberculose infantile (Rev. méd., 1891, p. 721).
- LENORMAND (M^{lle}). — Epreuve du collargol dans le diagnostic de la bronchopneumonie tuberculeuse infantile. Thèse de Paris, 1911
- LESAGE et ABRAMI. — La Méningite tuberculeuse à forme somnolente de la première enfance (Soc. méd. des Hôp., 26 déc. 1906).
- LESAGE. — Maladies du nourrisson.
- LHOMME. — Cavernes tuberculeuses chez le nourrisson. Thèse de Paris, 1906.
- LORTAT-JACOB et VITRY. — Lésions nerveuses et tuberculose cavitaire chez le nourrisson (Presse méd., 13 janvier 1906).
- MAIRESSA. — Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires tuberculeuses dans le premier âge. Thèse de Paris, 1903).
- MARFAN et OPPERT. — Abscess chaud tuberculeux multiganglionnaire à très nombreux bacilles de Koch (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 24 février 1908).

- MARFAN.** — Préservation de l'enfant contre la tuberculose dans sa famille (Rev. des Mal. de l'Enf., 1905, p. 433).
- Traité de l'Allaitement.
- Rachitisme et tuberculose (Presse méd., 23 février 1910).
- Péritonite tuberculeuse dans le Traité des Maladies de l'Enfance de Grancher, Comby et Marfan.
- Article sur la Phtisie pulmonaire dans le Traité de Médecine de Charcot-Bouchard.
- Sur un Cas de tuberculose par ingestion chez une fillette de seize mois (Rev. mens. des Mal. de l'Enf., juin 1896).
- MARGOULIS (M^{lle}).** — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez le nourrisson. Thèse de Paris, 1909.
- MORKOVITINE.** — Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez le nourrisson (Méd. moderne, 27 déc. 1899).
- MOUSSOUS.** — Formes cliniques de la tuberculose du premier âge (Rapp. au Cong. de Méd. Paris, 1900).
- MUGGIA.** — La Tuberculosis nei Lattanti (La Ped., déc. 1911).
- NOBÉCOURT et TIXIER.** — Tuberculose du larynx chez un enfant de trois mois et demi (Bull. de la Soc. de Péd. de Paris, 1909, p. 369).
- ORLSNITZ (D').** — L'Hypertrophie du thymus et l'adénopathie trachéobronchique dans la première enfance. Diagnostic clinique et radiologique (Bull. de la Soc. de Péd. de Paris, 20 juin 1911).
- OLINTO.** — Tuberculose généralisée apyrétique chez un enfant de quatre mois (Rev. des Mal. de l'Enf., 1903, p. 33).
- OPPERT.** — La Cutiréaction à la tuberculine. Thèse de Paris, 1908.
- PABEL.** — Observations faites à l'Hôpital des Enfants de Bâle sur la tuberculose dans la première année. Thèse de Bâle, 1901.
- PÉHU.** — Les Réactions locales et générales à la tuberculine chez l'enfant (Arch. des Mal. des Enf., juillet 1912).
- POLLAK.** — Tuberculose du nourrisson (Soc. de Méd. int. et de Péd. de Vienne, 21 avril 1910).

QUEYRAT. — Contribution à l'étude de la tuberculose du premier âge. Thèse de Paris, 1886.

RICHARDIÈRE. — Formes cliniques de la tuberculose du premier âge (Rapp. au Cong. de Méd. de Paris, 1900).

RILLIET et BARTHEZ. — Traité des Maladies des Enfants, t. III.

RICHARDIÈRE et KAUFFMANN. — Granulie et cavernie pulmonaire chez un enfant de trois mois (Soc. anat., 27 mars 1908).

ROCHER. — Tuberculose épидidymaire chez l'enfant (Journ. de Méd. de Bordeaux, 24 janvier 1904).

ROLLY. — Influence de quelques maladies sur la cutiréaction à la tuberculine (Munchner Medic. Wochenschr., 1910, p. 2273).

ROSENKRANTZ. — Réaction de Bordet-Gengon dans la tuberculose chez les nouveau-nés (Soc. de Biol., 21 juillet 1911).

SCHLOSSMANN. — Sur l'Emploi thérapeutique de la tuberculine dans la tuberculose des nourrissons (Deuts. medic. Wochens., 18 févr. 1909).

— Sur l'Emploi thérapeutique de la tuberculine dans la tuberculose des nourrissons et des enfants (Deutsch. med. Wochenschr., 18 février 1909).

SEHLBACH. — Sur la Fréquence de la tuberculose et les deux principaux moments de l'infection tuberculeuse chez le nourrisson (Munchn. med. Woch., 18 févr. 1908).

SERGEANT. — Syphilis et tuberculose.

SIEGERT. — La Cutiréaction dans la première année et spécialement dans les premiers six mois (Deutsche med. Wochens., 24 sep. 1908).

STIRNIMANN. — La Tuberculose chez les nourrissons (Jahrbuch für Kinderh., 1903, vol. XI, p. 736).

TILESTON. — Tuberculose miliaire de la peau en temps que signe important de la tuberculose miliaire généralisée chez les enfants en bas âge (Sem. méd., 1909).

TRIBOULET et TRIBADEAU-DUMAS. — Ostéopériostite nodulaire symétrique des os plats du crâne (Arch. de Méd. des Enf., octobre 1910).

- TIXIER. — Hypotrophie sans rachitisme dans un cas de tuberculose (Bull. de la Soc. de Péd. Paris, 1910).
- Tuberculose et hypertrophie infantile (Rev. de la Tub., février 1911).
- VARAY. — Tuberculose pulmonaire ulcéreuse chez un enfant de cinq mois. Méningite tuberculeuse (forme hémiplégique) (Rev. mens. des Mal. de l'Enf., juin 1902, p. 246.)
- WEILL et PÉRU. — Péritonite tuberculeuse du nourrisson (Arch. de Méd. des Enf., t. XII, n° 6).
- La Péritonite tuberculeuse du nourrisson (VI^e Congrès de la Tub., 1908).
- WILLERYAL. — Méningite tuberculeuse du nourrisson. Thèse de Paris, 1908.
- WHITE et CARPENTER. — Les Cavernes pulmonaires tuberculeuses chez les enfants (VI^e Congrès de la Tub., 1908).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
ÉTUDE CLINIQUE.....	13
Manifestations respiratoires.....	13
Manifestations digestives.....	43
Manifestations chirurgicales et externes.....	52
Manifestations nerveuses.....	61
Tuberculoses généralisées.....	66
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	77
ÉTIOLOGIE.....	83
ÉVOLUTION ET PRONOSTIC.....	93
TRAITEMENT.....	99
DIAGNOSTIC.....	101
OBSERVATIONS.....	109
CONCLUSIONS.....	187
BIBLIOGRAPHIE.....	193

THEORY OF THE EARTH

CHAPTER I

1.

THEORY OF THE EARTH

2.

THEORY OF THE EARTH

3.

THEORY OF THE EARTH

4.

THEORY OF THE EARTH

5.

THEORY OF THE EARTH

6.

THEORY OF THE EARTH

7.

THEORY OF THE EARTH

8.

THEORY OF THE EARTH

9.

THEORY OF THE EARTH

10.

THEORY OF THE EARTH

11.

THEORY OF THE EARTH

12.

THEORY OF THE EARTH

13.

THEORY OF THE EARTH

14.

THEORY OF THE EARTH

15.

THEORY OF THE EARTH

16.

THEORY OF THE EARTH

17.

THEORY OF THE EARTH

18.

THEORY OF THE EARTH

19.

THEORY OF THE EARTH

20.

THEORY OF THE EARTH

THEORY OF THE EARTH

Imp. J. ROUSSET, 1, rue Casimir-Delavigne, Paris. — 1705-12
